



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Por Rosa Maria Magalhães Teixeira

PORTO, Maio, 2011



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Por Rosa Maria Magalhães Teixeira

Sob orientação de Enf^a Amélia Dias Ferreira

PORTO, Maio, 2011

RESUMO

O Relatório ilustra um percurso de aprendizagem apoiado numa atitude analítica e reflexiva que se desenvolveu no Estágio efectuado no INEM, e no Serviço de Emergência (SE) e Serviço de Medicina Intensiva (SMI) do Hospital Pedro Hispano (HPH).

Nele estão inseridas todo um conjunto de actividades desenvolvidas, vivências, sentimentos, reflexões pessoais fundamentadas em evidências científicas, que determinaram a aquisição e aperfeiçoamento de competências preconizadas pelo Curso de Mestrado Profissional com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A metodologia utilizada foi a descritiva e analítico-reflexiva, apoiada no Projecto de Estágio, nos Portefólios realizados nos diferentes módulos, bem como na pesquisa bibliográfica efectuada para a fundamentação teórica e científica de todas as acções e tomadas de decisão.

É efectuada a exposição de todas as actividades desenvolvidas durante o Estágio, que proporcionaram várias oportunidades de aprendizagem, assim como a identificação de situações problema, para as quais foram sugeridas medidas de resolução que foram implementadas e contribuíram para o desenvolvimento de competências em vários domínios desde a prestação de cuidados directos ao doente, até á gestão, formação e investigação, entre outras.

Sendo assim, este Relatório inicia-se com a descrição dos objectivos gerais e específicos da unidade curricular Estágio, juntamente com a descrição das actividades desenvolvidas para a sua concretização, e segue-se um capítulo que encerra as competências adquiridas/ desenvolvidas nos diferentes módulos evidenciando-se uma análise crítico-reflexiva referente às mesmas, sendo complementada com a opinião de autores na sua maioria na área de Enfermagem, cujos pensamentos críticos, analíticos e coerentes estimularam todo o meu processo educativo e de desenvolvimento pessoal e profissional.

De salientar o impacto que este percurso teve no desenvolvimento da minha identidade pessoal e profissional, tendo sido de extrema importância o recurso ao exercício do meu pensamento crítico que me conduziu á obtenção de competências fundamentais para o futuro como Enfermeira Especialista na área da EMC e assim ir de encontro á excelência na prestação de cuidados numa perspectiva da Enfermagem Avançada. Tudo isto, exigiu um empenho pessoal que se revelou bastante compensatório no final desta etapa.

ABSTRACT

The report illustrates a learning process supported by a reflective and analytic attitude that developed in Stage made the INEM and the Emergency Service (SE) and Critical Care Medicine Service (SMI), Hospital Pedro Hispano (HPH).

In it are included a whole range of activities, experiences, feelings, reflections based on scientific evidence, which led to the acquisition and improvement of skills recommended by the Professional Master's Degree with Specialization in Medical-Surgical Nursing. The methodology used was descriptive and analytical - reflective, supported in the draft stage, the Portfolios made in the various modules as well as the literature search carried out for scientific and theoretical basis of all actions and decision making.

It made the exposure of all activities undertaken during the internship, which provided many opportunities for learning, as well as the identification of problem situations for which were suggested resolution measures that were implemented and helped the pair develop skills in various fields since providing direct care to the patient up to the management, training and research, among others.

Thus, this report begins with a description of general and specific objectives of the course stage, together with the description of the activities to achieve them, and follows a chapter closing the skills acquired / developed in different modules showing is a critical and reflective analysis regarding the same, and complemented with the views of authors mostly in Nursing, whose critical thinking, analytical and coherent stimulated my entire educational process and personal and professional development.

To emphasize the impact this had on the development path of my personal and professional identity, has been extremely important to appeal to the exercise of my critical thinking that led me to obtain essential skills for the future as a Nurse Specialist in the area of EMC and so will meet excellence in care perspective Advanced Nursing. All this required a personal commitment that has proved quite the end of the compensatory step.

Agradecimentos

À minha orientadora, Enf^a Amélia Dias Ferreira, que se demonstrou sempre disponível e teve sempre uma palavra de incentivo caloroso em todo o meu percurso, tornando possível a concretização de mais este passo que é o Relatório.

À minha família, especialmente aos meus pais, que estiveram sempre presentes, nos bons e maus momentos e de quem tenho muito orgulho, respeito e carinho.

A todos os amigos que me apoiaram, motivaram e deram palavras de esperança e força para avançar e atingir os meus objectivos.

SIGLAS e ABREVIATURAS

BIS – Bispectral Index

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPC HS – Companhia Portuguesa de Computadores Healthcare Solutions.

DGS – Direcção Geral de Saúde

EEG – Electroencefalograma

EEMC – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

HCIS – Health Care Information System

HPH – Hospital Pedro Hispano

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

OBS – Unidade de Observação

PCR – Paragem Cardio Respiratória

PVC – Pressão Venosa Central

SAE – Sistematização da Assistência em Enfermagem

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Serviço de Emergência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV – Suporte Imediato de Vida

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

ST2 – Sala de Tratamentos 2

STM – Sistema de Triagem de Manchester

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UDT – Unidade de Dor Torácica

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Ressuscitação

ÍNDICE

0 –INTRODUÇÃO.....	9
1 - OBJECTIVOS DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO.....	12
2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS.....	18
2.1 - INEM.....	18
2.2 - SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.....	23
2.3 - SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA.....	33
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

ANEXOS

ANEXO I - Plano de Sessão da acção de formação "Higienização das Mãos em Serviços de Saúde"

ANEXO II - Acção de Formação "Higienização das Mãos em Serviços de Saúde"

ANEXO III - Plano de Sessão da acção de formação "O Enfermeiro e a Morte"

ANEXO IV - Fundamentação Teórica da acção de formação "O Enfermeiro e a Morte"

ANEXO V – Acção de formação “ O Enfermeiro e a Morte”

ANEXO VI – Questionário da avaliação da acção de formação “O Enfermeiro e a Morte”

ANEXO VII – Apresentação dos dados da avaliação da acção de formação “O Enfermeiro e a Morte”

ANEXO VIII – Cartaz “Abordagem do Doente Submetido a Pacemaker”

ANEXO IX – Fundamentação Teórica do Poster “Abordagem do Doente Submetido a Pacemaker”

ANEXO X – Plano de Sessão da acção de Formação “Registos e Versão SAPE 10G – Úlceras de Pressão”

ANEXO XI – Acção de formação “Registos e Versão SAPE 10G – Úlceras de Pressão”

0 – INTRODUÇÃO

A realização deste documento insere-se no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), aplicado á unidade curricular – Relatório do 2º Semestre do ano lectivo 2010/2011. Nele, encontram-se expostas todo um conjunto de experiências, vivências e reflexões que conduziram á aquisição/aperfeiçoamento de competências que proporcionaram o meu crescimento e desenvolvimento pessoal, profissional e académico, que motivaram a mudança de atitudes e comportamentos face a determinadas situações, contribuindo para a excelência na prestação de cuidados.

Este Curso visa o desenvolvimento e aquisição de saberes para a assistência de Enfermagem Avançada ao doente adulto e idoso com doença grave e é especialmente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico (ICS – UCP, 2009). Isto exige muito empenho, sendo necessário mobilizar todos os conhecimentos anteriormente adquiridos, para conseguir dar resposta às várias situações que podem surgir, através da utilização do pensamento crítico e tomada de decisão apoiada em bases científicas actualizadas direccionadas á prática da Enfermagem Avançada.

Segundo o Parecer nº 267/2010 do Conselho de Enfermagem, *“a atribuição do título de Enfermeiro Especialista certifica um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.”* Para a aquisição do grau de Enfermeiro Especialista é necessário a certificação destas competências clínicas especializadas, que demonstram que o profissional possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permitem detectar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, aos três níveis de prevenção, o que é suposto acontecer durante este percurso.

A escolha dos campos de Estágio recaiu no SMI, SE e INEM, serviços com protocolos com a UCP, que proporcionaram as melhores condições para a concretização dos objectivos de estágio, tendo sido orientados em simultâneo por uma orientadora da escola e tutorados por enfermeiros especialistas ou peritos na área da EMC.

A unidade curricular estágio decorreu em três módulos:

Módulo I – Urgência, no SE do HPH (4 de Outubro 2010 a 27 de Novembro de 2010);

Módulo II – Cuidados Intensivos, no SMI do HPH (29 de Novembro de 2010 a 29 de Janeiro de 2011);

Módulo III – Opcional, em diferentes meios do INEM (19 de Abril de 2010 a 19 de Junho de 2010).

A carga horária em todos os módulos foi de 250 horas, das quais 180 horas foram presenciais em local de estágio, com a maior assiduidade e pontualidade.

A escolha do Hospital Pedro Hispano da ULSM, para a realização dos módulos I e II, prendeu-se com a necessidade de, para além do desenvolvimento de competências nos domínios inseridos em ambas as áreas, conhecer a realidade da instituição onde exerço funções. Constituindo um desafio diário, demonstrou ser bastante enriquecedor permitindo contactar com novas realidades, trocar experiências, saberes, reflectir sobre práticas, formas de estar e agir, assim como o aperfeiçoamento da componente relacional na prestação de cuidados. O módulo III – opcional realizou-se em diferentes meios INEM consoante a coordenação da enfermeira tutora e permitiu-me intervir de forma directa em colaboração com os diferentes profissionais com quem contactei, na consecução dos principais objectivos destes meios, que consistem na prestação de socorro no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do sistema.

Assim, a unidade curricular Estágio possibilitou a consolidação de saberes, que proporcionaram a aquisição/desenvolvimento de competências provenientes do domínio onde estão inseridos. Boterf (2008) refere que a “ *competência não reside nos recursos (conhecimentos, capacidades,...) a serem mobilizados, mas na própria mobilização desses recursos. A competência é o saber mobilizar (...) não se refere apenas à simples aplicação, mas à construção.*” Neste sentido, é importante considerar não só as experiências que se reportam à actividade instrumental, mas também à actividade reflexiva, que no meu ponto de vista é essencial para a construção do saber, contribuindo de forma decisiva para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Todo este percurso vai de encontro ao que é necessário para a obtenção do grau de enfermeiro especialista em EMC, na componente teórica e prática, o que permite a tomada de decisão autónoma fundamentada e dirigida à excelência na prestação de cuidados nesta área de especialização. Neste contexto, surge este Relatório, que tem como objectivos:

- Reflexão/ análise crítica e reflexiva do percurso efectuado ao longo do Estágio;
- Identificação de situações problema nos diferentes contextos e estratégias utilizadas/sugeridas para a sua resolução,

- Exposição das competências adquiridas/ aperfeiçoadas.

A elaboração deste Relatório, assentou numa metodologia descritiva e analítico-reflexiva, apoiada no Projecto de Estágio, nos Portefólios realizados nos diferentes módulos, bem como na pesquisa bibliográfica efectuada para a fundamentação teórica e científica de todas as acções e tomadas de decisão.

Este Relatório encontra-se dividido em capítulos, inicia-se com a descrição dos objectivos gerais e específicos da unidade curricular Estágio, juntamente com a descrição das actividades desenvolvidas para a sua concretização, e segue-se um capítulo que encerra as competências adquiridas/ desenvolvidas nos diferentes módulos evidenciando-se uma análise crítico-reflexiva referente às mesmas, sendo complementada com a opinião de autores na sua maioria na área de Enfermagem.

1 – OBJECTIVOS DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

O estágio surge como uma unidade de fusão entre as várias unidades curriculares e deverá espelhar todo um universo de conhecimentos adquiridos, demonstrando a flexibilidade de aplicação, motivada á prática, com a finalidade de aperfeiçoar e construir competências que promovam uma prática de Enfermagem Avançada. Passo a descrever os objectivos gerais contemplados no plano de estudos, que pretendo alcançar nesta etapa do um percurso académico e profissional.

Objectivos gerais

- . Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na área de especialização em enfermagem (EEMC);
- . Saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em enfermagem (EEMC);
- . Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- . Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os seus conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer as especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- . Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Em seguida, serão delineados os objectivos específicos, que nasceram dos objectivos gerais anteriormente citados, que permitiram a aquisição/ aperfeiçoamento de determinadas competências essenciais ao enfermeiro especialista na área da Enfermagem Médico-cirúrgica, e para cada um deles as várias actividades desenvolvidas para a sua concretização.

Ser enfermeiro especialista implica uma prática/exercício profissional onde predominam competências especializadas (prestação de cuidados) adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem.

A especialização em enfermagem deve ser também promotora de outras competências a nível da concepção de cuidados, gestão de cuidados (planeamento estratégico), supervisão de cuidados (gestão operacional), assessoria, formação e investigação.

Objectivos específicos

- 1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e pessoal, e da minha formação pós – graduada.**

Actividades:

Aplicação de saberes de base sólidos, atitudes e métodos de reflexão sobre as práticas.

- 2. Comunicar aspectos complexos do âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.**

Actividades:

Utilização de meios de comunicação eficazes na equipa multidisciplinar, recorrendo a termos científicos.

Adequação da linguagem ao nível de percepção do cliente/família na transmissão de informação.

Comunicação de forma clara e adequada com o cliente/família nas diversas situações atendendo á sua cultura, crenças e valores.

- 3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionadas com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.**

Actividades:

Identificação de situações problema de maior complexidade inerentes aos serviços.

Propor estratégias de resolução desses problemas, estabelecendo prioridades.

- 4. Manter de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de desenvolvimento pessoal e profissional.**

Actividades:

Promover a construção e diferenciação da identidade profissional num processo contínuo e cada vez mais complexo.

Pesquisa bibliográfica para dar termo às dúvidas que surgem durante o estágio.

Reflexão sobre a minha prática, com o tutor, de forma a identificar/evitar erros.

Espírito de abertura na aquisição de novos conhecimentos, aceitando críticas e sugestões de forma construtiva.

Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que me deparo.

Actividades:

Capacidade para justificar tomadas de decisão nas acções desenvolvidas.

Comunicação de forma reflectida, e estruturada tanto na equipa multidisciplinar, bem como com o cliente/família.

6. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.

Actividades:

Aplicação de conhecimentos adquiridos durante a fase teórica do curso.

Fundamentação das decisões nas actividades desenvolvidas.

7. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente família, especialmente na área da EEMC.

Actividades:

Atitude crítico-reflexiva nas acções desenvolvidas.

Postura responsável na prestação de cuidados, aceitando a responsabilidade pelas minhas acções.

Capacidade para tomada de decisão nas várias situações, demonstrando espírito de iniciativa e até mesmo criatividade.

8. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEMC.

Actividades:

Identificação de situações problema relacionadas com o cliente/família

Criar soluções viáveis para os problemas identificados.

Monitorização e avaliação da adequação das respostas aos problemas identificados

9. Reflectir na e sobre a minha prática, de forma crítica.

Actividades:

Elaboração de um portefólio de actividades durante a prática clínica, onde se efectua uma reflexão na acção.

10. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

Actividades:

Identificação da metodologia de trabalho nos diferentes locais de estágio e trabalhar de acordo com os mesmos.

Aplicação do processo de enfermagem em todas as suas fases.

Reformulação do planeamento de cuidados, sempre que a situação o justifique, promovendo assim a continuidade dos cuidados.

Envolver a família na prestação na prestação de cuidados.

Colaboração no planeamento da alta clínica/transferência de serviço.

Colaboração na elaboração de cartas de transferência.

Efectuar registos de enfermagem de acordo com a linguagem utilizada nos diferentes locais.

11. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Actividades:

Actuação de acordo com a ética e deontologia profissional envolvendo a pessoa no processo de cuidados, respeitando os seus direitos, autonomia, dignidade, privacidade assim como crenças e valores.

12. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar - se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

Actividades:

Utilização de técnicas de comunicação adequadas que permitam a construção de uma relação terapêutica com o cliente/família.

Envolvimento do cliente/família no processo de doença/recuperação

Adaptação da comunicação á complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

Utilização de estratégias facilitadoras de comunicação em pessoa com “barreiras á comunicação”

Sessões de formação informais com o cliente/família sempre que necessário.

13. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Actividades:

Comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Conhecimento dos protocolos existentes nos diversos serviços.

Cumprimento das normas de controlo de infecção preconizadas no Hospital Pedro Hispano (HPH), na prestação de cuidados.

Colaboração na Triagem de Manchester, compreendendo os seu passos.

Colaboração em manobras de ressuscitação na sala de emergência do Serviço de Emergência do HPH.

Colaboração na colocação de pacemakers na Sala de Hemodinâmica do HPH.

Assistência a doentes com ventilação mecânica invasiva no SMI do HPH.

Participação na consulta de Follow Up que se realiza na SMI do HPH..

Prestação de cuidados á pessoa em situação emergente e na antecipação á instabilidade e risco de falência orgânica.

Execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos á pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica.

Conhecimento e prática dos algoritmos de suporte básico e avançado de vida.

Conhecimento da dinâmica de actuação no INEM.

Conhecimento das normas de actuação preconizadas pelo INEM.

Actuação no INEM de acordo com as normas estabelecidas a nível nacional.

Colaboração no transporte do doente crítico.

Colaboração com todas as equipas multidisciplinares e interdisciplinares, promovendo a construção de relações interpessoais facilitadoras de um ambiente de trabalho saudável.

14. Identificar necessidades formativas

Actividades:

Identificação de necessidades de formação no INEM, SMI e Serviço de Urgência do HPH.

15. Promover a formação em serviço na área de EEMC.

Actividades:

Formação de acordo com as necessidades identificadas, ou até mesmo solicitadas.

2 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

A competência só existe quando é aplicada, quer isto dizer que o local de aplicação intervém na produção de competências e significa que a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho. Para isso, como diz Fernandes (2001), “...*esta pedagogia deverá utilizar as situações de trabalho vividas pelos jovens como ponto de partida para uma reflexão crítica sobre a experiência adquirida ao próprio local de trabalho.*”

Atendendo aos objectivos da unidade curricular Estágio, em seguida faço a exposição das competências adquiridas/aperfeiçoadas durante este percurso em cada módulo, encontrando-se todas elas inseridas no grande domínio de competências da **Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados**, bem como nas de **Desenvolvimento Pessoal**.

2.1 - INEM

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), é o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, de um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correcta prestação de cuidados de saúde. O INEM está ligado ao Número Nacional de Emergência, 112, que transfere para o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes) os pedidos de socorro referentes a situações de urgência ou emergência na área da saúde. O funcionamento dos CODUs é assegurado ao longo das 24 horas por uma equipa de profissionais qualificados com formação específica para efectuar o atendimento, triagem, aconselhamento, selecção e envio dos meios de socorro mais adequados para cada caso. Para exercer a sua actividade, o INEM dispõe de meios de emergência médica, operados directamente ou através de protocolos, acordos e contratos com outras entidades, tais como bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa e hospitais. Os principais meios INEM são: Ambulâncias SBV (Suporte Básico de Vida), Ambulâncias SIV (Suporte Imediato de Vida), Ambulâncias para recém-nascidos, VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação), Helicópteros de Emergência Médica e Motos de Emergência Médica. As 180 horas de estágio foram distribuídas pelos diferentes locais (meios INEM), como a seguir indicado: dois turnos no CODU, nove turnos em VMER (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e no Hospital de São João), oito turnos em ambulâncias SIV (Gondomar e Santo Tirso), um turno em ambulância SBV (Maia), sendo essencialmente um estágio de observação, apesar de me ter sido permitida a colaboração em determinadas situações.

2.1.1 – Competências Clínicas, Pedagógicas e Cognitivas

Os profissionais que integram a assistência pré-hospitalar apresentam um risco elevado de sofrerem acidentes de trabalho durante o desenvolvimento das suas actividades, devido ao facto de prestarem assistência directa á vítima fora do âmbito hospitalar. A realização de procedimentos invasivos de alta complexidade, como entubação endotraqueal, aspiração de secreções traqueais, controlo de hemorragias, colocação de acessos venosos, entre outros, tornam os profissionais susceptíveis a acidentes de trabalho, havendo também um risco acrescido de contaminação, que aumenta á medida que o contacto com a vítima é maior e mais directo. Da observação que fiz e, atendendo a conversas informais que tive com os colegas há que considerar outros factores que interferem com a possibilidade de ocorrência de acidentes, destacando-se: a sobrecarga de trabalho, o stress a que estão sujeitos, as posições incómodas que por vezes adoptam e até mesmo a carga que transportam. No sentido de minimizar o risco, pareceu-me pertinente que os profissionais sejam sensibilizados para a necessidade da notificação e correcto registo da ocorrência de acidentes, para assim se conhecer a sua real incidência e baseados nos dados obtidos, foi sugerida a realização de programas de educação permanente, com o objectivo de motivar os participantes para a importância de desenvolver práticas seguras em relação á sua própria saúde, **desta forma demonstrei reflectir sobre a prática de forma critica.**

2.1.2 – Competências do domínio da Gestão de Recursos Humanos, Materiais e dos Cuidados de Enfermagem

Nos diferentes locais por onde passei pude verificar que são utilizados diferentes métodos de gestão de stocks. Na VMER de Gaia é utilizado o sistema avançado de reposição de stocks (código de barras), ou seja, de cada vez que se retira material do armazém é devidamente registado no PDA que reconhece o respectivo código de barras. A reposição é da responsabilidade do serviço de aprovisionamento do hospital em que se encontra inserida (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia – Hospital Santos Silva) que repõe conforme os gastos registados. Noutros locais ainda se utiliza o sistema tradicional de reposição de stocks cuja gestão é da responsabilidade do coordenador de cada central de operações e, implica que com alguma frequência se verifique a falta de material para a imediata reposição devido á natureza da necessidade deste material. Nas ambulâncias SIV foi criado um registo informático que lhes facilita a reposição do material, que consiste no seguinte: existe uma lista de todo o material existente no armazém e a respectiva quantidade de cada um; em cada saída ocorrida desconta-se o material gasto que entretanto foi retirado do armazém e repostado na ambulância.

Uma vez por semana, que foi estabelecido o domingo, faz-se a lista de material que está em falta conforme o devidamente registado e envia-se um e-mail para o serviço de logística do INEM que no dia útil seguinte traz o referido material. Destes sistemas atrás referidos o que me pareceu mais adequado às necessidades deste tipo de serviços, foi o sistema de reposição avançado, uma vez que evita a acumulação de produtos em armazém, ou seja, capital imobilizado em stock. De salientar um factor muito importante que contribui para a funcionalidade deste sistema, que é o correcto registo dos gastos. Devem evitar-se os esquecimentos para evitar ruptura em stock de algum produto. Em todos os locais realizou-se a check list das malas, equipamentos e viaturas sempre no início de cada turno, se possível, mas no turno da manhã sempre. Colaborei nesta actividade em todos os turnos e, nomeadamente, na check list mensal que se faz na VMER do Hospital de São João a todas as malas e equipamentos da viatura conforme um documento próprio que a equipa criou. Abordei o enfermeiro coordenador da VMER de Gaia e questioneei a pertinência da realização da check list mensal nesta unidade que me apercebi não se efectuar; respondeu-me que já colocou essa questão em várias reuniões mas ainda não tinha conseguido a adesão de todos os elementos o que está a dificultar a sua implementação. Nas unidades SIV a check list das malas faz-se em todos os turnos e existe um folheto com a indicação do material de cada mala e respectivo local dentro das mesmas, sendo por isso igual em todas as ambulâncias, o que facilita o trabalho destas equipas que por vezes têm de ir fazer turnos a outras ambulâncias por falta de recursos humanos, dispensando este factor de adaptação, desta forma foi possível **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e pessoal, e da minha formação pós-graduada, demonstrando também capacidades de realizar a gestão de cuidados na área da EMC.**

2.1.3 – Competências Relacionais, de Comunicação e Psicológicas

A área de assistência pré-hospitalar é assegurada por uma variedade de classes profissionais que se interligam de forma a dar resposta às exigências da população. Tive oportunidade de vivenciar situações que comprovam esta necessidade de estreita colaboração entre os vários profissionais: médicos, enfermeiros de outras unidades, TAE, bombeiros. Uma das dificuldades pelo qual passamos diz respeito á localização exacta das moradas que indicam quando accionam as equipas de assistência pré-hospitalar. Vivenciei situações em que foram os bombeiros que nos aguardaram (“Rendez-Vous”) e conduziram às localizações correctas, facilitando assim o trabalho de todos, e permitindo o socorro das vitimas em tempo oportuno. Tive oportunidade também de verificar a importância da colaboração com as equipas de SBV (TAE) numa situação de PCR. A VMER do Hospital de São João foi accionada para uma vítima

com uma hemorragia digestiva activa que quando chegamos ao local se encontrava em situação de PCR. Colocamos a vítima no chão e iniciamos manobras de SAV, ficando eu a efectuar compressões torácicas, a médica na ventilação e o enfermeiro da equipa a tratar da monitorização e colocação de acesso endovenoso. Entretanto chega a equipa de SBV que traz o aspirador de secreções e a garrafa de oxigénio. Um dos elementos substituiu-me nas compressões, o que me permitiu aspirar o sangue da cavidade oral facilitando a entubação endotraqueal. Com a colaboração de todos os elementos das diferentes equipas foi possível assistir esta vítima na minha opinião com boa qualidade nos cuidados prestados e, seguindo as normas estabelecidas para estes casos. Os elementos das equipas de emergência médica devido ao vestuário que utilizam e às viaturas em que circulam são alvo de atenção e suscitam curiosidade entre a população em geral. Para além da comunicação que é necessário estabelecer com os familiares e cuidadores que se encontram nos locais onde se verifica a assistência pré-hospitalar, muitas vezes tivemos de lidar com os “curiosos” que nos abordaram no sentido de saberem o que se passa com alguém conhecido, amigo ou vizinho, ou até mesmo, só para satisfazerem a sua curiosidade, o que por vezes dificultou o nosso trabalho. Neste sentido as equipas recorreram ao conhecimento de todo um conjunto de estratégias de comunicação para minimizar efeitos adversos, por tudo isto foi demonstrada **consciência crítica e reflexiva para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família**, assim como, **demonstrado conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família atendendo e respeitando as suas crenças e a sua cultura**.

2.1.4 – Competências de Adaptação Individual e Organizacional

Foram vários os locais por onde tive oportunidade de passar no decorrer deste estágio, não havendo por esse motivo apenas uma pessoa responsável pela minha tutoria, mas sim vários profissionais de enfermagem, alguns com especialização em EMC outros peritos na área. No entanto, não considero que este factor tenha sido promotor de desconforto no processo de aprendizagem, uma vez que sempre senti haver grande disponibilidade por parte dos colegas com quem contactei o que facilitou a minha adaptação nos diferentes meios, bem como permitiu a colaboração em diferentes situações de emergência. Nos meios INEM não se conhece a rotina pois o contexto de trabalho é marcado pelo inesperado e pela constante necessidade de agir em situações imprevistas e implementar acções inovadoras, tendo-me sido possível a troca de experiências e vivências profissionais promotoras da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade dentro desta área e desta **forma consegui desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**,

demonstrando capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar.

2.1.5 – Competências do domínio da Formação e Investigação

Uma das temáticas que verifiquei estar pouco explorada na assistência pré-hospitalar e com necessidade de investimento na formação foi a área do controlo de infecção e, foi neste sentido que desenvolvi uma acção de formação subordinada ao tema “*Higienização das Mãos em Serviços de Saúde*” (Anexo II). Vários estudos sobre o tema avaliam que a adesão dos profissionais á prática da higienização das mãos de forma constante e na rotina diária ainda é insuficiente. Dessa forma, é necessária uma especial atenção de gestores públicos, chefes de serviço e formadores para o incentivo e a sensibilização do profissional de saúde á questão. Todos os profissionais devem estar conscientes da importância da higienização das mãos na assistência á saúde para a segurança e qualidade da atenção prestada. Considerando os resultados dos estudos mais recentes (2009) e as orientações daí decorrentes desenvolvi uma acção de formação como já referi, direccionada aos elementos da equipa da ambulância SIV de Gondomar, em que estava presente também a enfermeira tutora do estágio. Durante esta sessão houve espaço para discussão e foram orientadas várias estratégias no sentido do cumprimento da prática da higienização das mãos e assim contribuir para a redução dos efeitos nocivos do seu incumprimento, como demonstram os resultados da investigação. Esta oportunidade mostrou-se bastante gratificante, uma vez que me permitiu **aplicar os resultados de investigações á prática**, através de uma educação para saúde, que contribuiu para a criação de medidas de resolução de um problema identificado pela minha observação sistemática nos vários locais por onde passei.

2.2 – SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HPH

Trata-se de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e como tal o primeiro nível de acolhimento das situações urgência/emergência. Cumpre os requisitos exigidos pela Direcção Geral de Saúde (DGS), sendo uma unidade diferenciada de um hospital distrital, dispondo de valências clínicas e serviços de apoio necessários e estando articulado a um nível superior com os hospitais de São João e de Santo António no Porto e a um nível inferior (com Urgência Básica) com os Hospitais de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim. O Serviço de Emergência é um serviço que comporta doentes de ambos os sexos, exceptuando crianças, que são encaminhadas para o Hospital S^{ão} João. Situa-se no piso -1 do Hospital Pedro Hispano e possui como acessos, escadarias situadas em locais estratégicos e elevadores. Este serviço, sobre o ponto de vista estrutural e de uma forma geral, é composto por:

- Dois gabinetes de triagem;
- Sala de emergência ;
- Sala de trabalho de enfermagem,
- Sala de tratamentos 1;
- Sala de inaloterapia;
- Pequena cirurgia;
- Cirurgia e ortopedia;
- Sala de Tratamentos 2;
- OBS (Unidade de observação) + UDT (Unidade de Dor Torácica).

O SE recebe em média cerca de 250 doentes/dia e tem implementado as Vias Verdes Coronária, AVC e Sépsis, sendo que esta última é mais recente.

O horário de funcionamento do Serviço de Urgência é permanente, 24 horas por dia, de segunda a domingo. Os turnos de trabalho são: de manhã das 8 às 14h30', à tarde das 14 às 20h30', e à noite das 20 às 8h30'.

2.2.1 – Competências Clínicas, Pedagógicas e Cognitivas

Tive oportunidade de conhecer o Sistema de Triagem de Manchester (STM) e de participar em alguns turnos na sua utilização com a equipa de enfermagem. No Serviço de Emergência do HPH os gabinetes de triagem (2) estão estrategicamente situados à entrada. Os doentes quando fazem a inscrição aguardam na sala de espera da entrada que chamem pelo seu nome e se dirijam ao gabinete referido. Aqui o doente depara-se com o primeiro problema sobre a privacidade pois muitas vezes está a expor o motivo que o levou à Urgência e está a ouvir a conversa do doente que está no gabinete ao lado e logo deduz que também estão a ouvir o

seu discurso. Muitas vezes isto limita e põe pouco à vontade o doente. Isto levanta muitas vezes ao enfermeiro triador dúvidas sobre a prioridade a atribuir. Os gabinetes não são totalmente fechados, existem apenas cortinas, este problema seria facilmente solucionado se os mesmos tivessem portas para o corredor. Para além de ser um problema para os doentes, também é para o enfermeiro triador, pois é várias vezes interrompido (por assistentes operacionais, administrativos, pessoas que por ali vão passando, etc.), aumentado assim, o risco de atribuir erradamente uma cor à situação real do doente. Foram várias as vezes que vi os enfermeiros a recorrerem aos algoritmos sobre a triagem, no intuito de serem o mais rigorosos possível. A triagem é um processo usado para determinar a gravidade de uma doença ou lesão, em todos os doentes que dão entrada na urgência. Colocar um doente no local certo, para receber um nível de cuidados adequado, facilita a actuação dos recursos e a satisfação das necessidades do doente. Pelo exposto posso afirmar que as competências associadas a este objectivo específico, adquirir conhecimentos acerca do sistema de Triagem de Manchester, foram adquiridas, nomeadamente, **tomar iniciativa e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na área da Médico-Cirúrgica.**

No decorrer do estágio participei em várias situações na Sala de Emergência o que me possibilitou a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação à instabilidade e risco de falência orgânica.

Na assistência ao doente crítico há que adoptar uma postura de tranquilidade, discernimento e capacidade de reagir eficazmente, e esta competência fui desenvolvendo ao longo do estágio com as diversas situações em que tive oportunidade de intervir.

A Sala de Emergência do HPH está situada junto à porta principal, o que permite a entrada do doente em situação emergente logo de imediato. Está devidamente equipada, sendo composta por 2 unidades de atendimento. Para que não falhe nada nestas situações, uma das estratégias adoptadas é a check list da sala que é efectuada diariamente e que contempla o teste do funcionamento de todos os equipamentos, é feito registo em documento próprio e aprovado, e devidamente guardado em local adequado, sendo estabelecidas datas específicas para se verificar por exemplo as datas de validade (mensalmente). No meu estágio participei nestas actividades, o que me permitiu conhecer a localização dos materiais que é de extrema importância nestas situações de stress.

A minha actuação em contexto de emergência passou pela avaliação inicial segundo o algoritmo ABCDE, por todo um conjunto de procedimentos (punções venosas para colheita de análises e administração de terapêutica, oxigenoterapia e nebulizações, entubação nasogástrica, algaliação, monitorização electrocardiográfica, optimização da via aérea,...), utilização de técnicas de comunicação direccionadas a doentes específicos (por exemplo o recurso à língua inglesa para comunicar com um doente de nacionalidade alemã e sua

esposa), tudo isto em colaboração estreita com toda a equipa multidisciplinar, que mostraram respeito pelo meu papel no local e permitiram a tomada de decisões autónoma em determinadas situações, depois de devidamente fundamentadas.

Uma vez que a situação de emergência é geradora de stress, em que as decisões devem ser tomadas rapidamente e numa sequência de prioridades, o enfermeiro tem de agir com conhecimento, rapidez e demonstrar competências para a tomada de decisões pertinentes ao diagnóstico. Todas estas experiências permitiram-me a execução de cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica, o que fez com que **demonstrasse um nível de conhecimento aprofundado na área da EEMC.**

De forma a documentar as acções de enfermagem e dar visibilidade à prática profissional no Serviço de Emergência são utilizados 2 sistemas de informação: o HCIS® (Health Care Information System) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). O HCIS é um sistema integrado de informação que permite construir um processo clínico electrónico, através do formulário “Registos de Enfermagem” o enfermeiro poderá ir registando informação clínica, relativa à sua actividade, ao longo de todo o atendimento do doente. Essa informação será compilada no Relatório de Enfermagem. O formulário encontra-se dividido em três partes: Atitudes Terapêuticas, Actividades Diagnósticas e Processo de Enfermagem, tentando aproximar-se ao máximo da linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Este tipo de registos documenta todas as acções de enfermagem através da aplicação do processo de enfermagem, no entanto, devido ao curto tempo de permanência dos doentes no serviço não é possível fazer reavaliação dos cuidados para verificar a eficácia das intervenções implementadas, o que dificulta a continuidade dos cuidados. Verifiquei também que quando se faz a impressão do relatório de enfermagem para os doentes levarem para o internamento ou para outras instituições, a sua apresentação em suporte papel é de difícil compreensão para quem desconhece o sistema, como é o caso da maior parte dos colegas do internamento, uma vez que o HCIS só tem 1 ano de implementação na instituição, o que pode levar a perda de informação, apenas contrariado pelo facto de se fazer contacto telefónico quando se transferem os doentes e assim se transmitir a história do doente e as acções de enfermagem aplicadas.

A CIPE configura-se num instrumento de informação para: descrever os elementos da prática de enfermagem, ou seja, os diagnósticos, as acções e os resultados de enfermagem; fornecer dados que identifiquem a contribuição da enfermagem nos cuidados de saúde, promover mudanças na prática de enfermagem por meio da educação, administração e pesquisa. A sua utilização viabiliza a promoção, a organização dos cuidados e a qualidade da assistência,

contribuindo para a autonomia e autoconfiança profissional, além de proporcionar a visibilidade das práticas de enfermagem e valorização da profissão.

Assim sendo o SAPE assenta nesta linguagem classificada integralmente, mas no SE em específico os doentes só são integrados no sistema após 24 horas de permanência o que se justifica, pois só após este período é que se podem ver os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem e podem estudar-se os qualificadores importantes para a promoção da investigação em enfermagem. Atendendo á minha experiência com a utilização do SAPE no serviço em que desempenho funções, e considerando ser o instrumento mais fidedigno dos registos de enfermagem, pude colaborar com a equipa do SE nesta área sensível e até me foi pedido algum esclarecimento pelas enfermeiras tutoras em determinadas ocasiões especialmente em OBS, onde há mais doentes integrados no sistema, o que foi uma mais-valia para ambas as partes em que pude partilhar conhecimentos adquiridos por mim na minha prática diária. Desta forma foi possível **gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e pessoal, e da minha formação pós-graduada**, assim como **demonstrei reflectir sobre a minha prática de forma crítica**.

2.2.2 – Competências do domínio da Gestão de Recursos Humanos, Materiais e dos Cuidados de Enfermagem

Uma das realidades que me fez reflectir foi a dinâmica de trabalho e a gestão de recursos materiais e humanos da ST2; nomeadamente a questões como a privacidade, estrutura física face ao número de doentes que chegam a ocupar o espaço, o número de enfermeiros disponível por turno. Os doentes são colocados nesta área esperando-se que não ultrapassem as 24 horas de permanência até terem alta ou vaga no internamento, o que por vezes não acontece, permanecendo em tempo superior devido a condicionantes que os enfermeiros não conseguem controlar nem gerir, como por exemplo a falta de vagas nos serviços de internamento, ou os casos sociais a que tentamos dar resposta da melhor forma possível. Os doentes são colocados em macas lado a lado sendo extremamente complicado a prestação por exemplo de cuidados de higiene e conforto nestas condições e atender á privacidade de cada um, no entanto, dentro daquilo que foi possível atendi a todos estes aspectos, tendo que improvisar por vezes pequenas coisas como almofadas com recurso a lençóis. Para a prestação de cuidados nesta sala apenas é destacado 1 enfermeiro que por vezes tem o apoio do colega que está na Pequena Cirurgia (quando disponível), no entanto, não se mostra o suficiente quando temos de suprir necessidades de 10 ou mais doentes. Recordo uma situação

em que a ST2 estava com uma ocupação de 10 doentes mais 5 na antecâmara, não havendo limite de internamento estabelecido. Atendendo ao anteriormente exposto, é fácil compreender que este é um dos locais do SE que mais sobrecarga física e emocional impõe aos enfermeiros reflectindo-se na satisfação menos positiva no local de trabalho, não pelo trabalho em si mas pelas condições. A partir desta reflexão, e conjuntamente com a equipa do SE, intervi na promoção do bem-estar e conforto do doente, **atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sócias e éticas**, conseguindo **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente**.

A constante mudança tecnológica e do mercado de trabalho vem obrigando os enfermeiros a reflectir sobre seu papel de líder na equipe de enfermagem nas instituições hospitalares. As exigências solicitam um novo perfil do profissional, com novos conhecimentos (autoconhecimento, planeamento, estratégico, sistematização da assistência de enfermagem, custos, políticas de saúde, legislação de enfermagem, definição e solução de problemas, análise do ambiente), habilidades (administrar relacionamentos, construir equipes, lidar com conflitos, negociar, ligar tarefas específicas com objectivos institucionais, reconhecer o seu papel de líder) e atitudes (formar e reter talentos, integridade, abertura a mudanças, comprometimento envolvimento com seu trabalho e com a instituição, sociabilidade, flexibilidade, ética e trabalho em equipe). Tudo isto relaciona-se com as competências que o enfermeiro especialista deve incorporar no domínio da gestão para promover a excelência do cuidar.

Durante o meu estágio e em colaboração directa com uma das enfermeiras especialistas tive oportunidade de fazer a gestão dos recursos materiais do serviço através da realização dos pedidos no sistema informático CPC HS (hoteleiros e alguns pedidos de farmácia) que se fazem semanalmente ou quando se verificaram rupturas.

Uma das grandes preocupações dos gestores das instituições diz respeito às auditorias aos registos de enfermagem que são o “*espelho*” da nossa prática e uma fonte de avaliação dos cuidados. Num dos turnos efectuados pude colaborar com uma das enfermeiras tutoras nesta actividade que é transversal á instituição, e aplicada aos registos no SAPE, é efectuada mensalmente surgindo estratégias de correcção face aos resultados obtidos, que muitas vezes passam apenas por lembrar nas passagens de turno a forma de registar determinado foco de intervenção. Para além destas actividades, e de forma autónoma também efectuei a gestão dos cuidados através da correcta aplicação do processo de enfermagem e devidos registos nos respectivos sistemas de informação utilizados no serviço. Assim **demonstrei capacidade de realizar a gestão de cuidados na área da EEMC e exercer supervisão do exercício profissional na área da EEMC no SE**.

2.2.3 – Competências Relacionais, de Comunicação e Psicológicas

A comunicação terapêutica é a competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre a comunicação humana para ajudar o outro a viver de forma mais saudável possível, visando um sentido para viver com autonomia e confiança (Stefanelli, 2005; Oliveira, 2005). Neste sentido, destaca-se que nos serviços de emergência é fundamental que a comunicação se estabeleça de forma efectiva entre doente, seus familiares e profissionais de saúde, pois em virtude do trauma ou doença súbita, os doentes e seus familiares não possuem o tempo adequado para adaptar-se á crise gerada pelo agravo que os acometeu.

No entanto, apesar da importância da comunicação na assistência ao doente no SE ele pode, muitas vezes, estabelecer-se de forma problemática em virtude do excesso de informações e a grande demanda por atendimento que caracteriza esses locais (Woloshynowych et al., 2007). A equipa de enfermagem do SE do HPH considera a comunicação como uma estratégia terapêutica, entendendo-a como uma relação dialógica com o doente e família, o qual inclui o fornecimento de informação acerca do seu estado de saúde e das acções realizadas com vista á sua recuperação. No entanto, ressaltaram que em virtude do ritmo de trabalho nem sempre é possível estabelecer uma relação terapêutica com os doentes, o que foi identificado por meio de observação directa. No processo de interacção da equipa de enfermagem durante a realização de procedimentos ou administração de terapêutica por exemplo, constatei que nem sempre havia o contacto visual dos enfermeiros com os doentes. Um aspecto positivo com relação á comunicação terapêutica foi o uso de humor em algumas conversas, o que, facilita com que o doente expresse os seus pensamentos e ideias.

Um outro elemento que merece ser destacado quanto ao processo de comunicação no SE é a atenção dispensada aos familiares e acompanhantes. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, entende-se por família: *“O conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo o colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo”*. (CIPE®, Versão β 2, 2005, pág. 65). Assim, o conceito de família deve ser sempre encarado sob a perspectiva do doente, sendo considerados elementos da família, aqueles que este considera como tal. Deste modo, a família não deve ser unicamente interpretada como um conjunto de pessoas com laços de consanguinidade. A família é, portanto, uma unidade social que confere suporte e apoio aos seus membros, a nível social, emocional, económico e, ainda, no que respeita à educação e à saúde. Daqui pode-se compreender a necessidade da envolvimento da família nos cuidados de enfermagem e a pertinência da comunicação eficaz com este elemento essencial na relação

terapêutica para a obtenção de intervenções realistas e ganhos em saúde. Foi o que fiz conjuntamente com a equipa multidisciplinar através do conhecimento do prestador de cuidados dos doentes e colheita de dados junto dos mesmos, bem como transmissão de toda a informação pertinente perante a situação clínica. Tive oportunidade de efectuar pequenas sessões de esclarecimento junto dos prestadores de cuidados, nomeadamente na Sala de Tratamentos 2 aquando da alta clínica do doente, no que concerne a temáticas como: prevenção de úlceras de pressão, posicionamentos, hábitos alimentares e hidratação hídrica, optimização de cateter urinário. Por tudo isto, considero ter **demonstrado consciência crítica e reflexiva para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família especialmente na área da EEMC**, assim como, **demonstrado conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, abordando questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área da EEMC**.

2.2.4 – Competências de Adaptação Individual e Organizacional

Relativamente ao processo de integração no serviço ocorreu de forma gradual, contando com a ajuda de toda a equipa de enfermagem, e principalmente das enfermeiras tutoras, que mostraram grande disponibilidade para contribuir para uma boa integração e ajudaram no cumprimento dos meus objectivos. Interagi de forma activa com todos os colegas com quem fiz turno, o que me permitiu integrar eficazmente na dinâmica e funcionamento do serviço, bem como o conhecimento e aplicação dos protocolos e normas do serviço existentes e metodologia de trabalho utilizada. Procurei estar atenta a todas as oportunidades, vivenciando-as e participando activamente nos cuidados paralelamente com os colegas que sempre se mostraram compreensivos no esclarecimento das minhas dúvidas, ajudando também a gerir as minhas emoções perante as situações. Assim sendo, tive a oportunidade de observar e vivenciar tudo “*in loco*”, tendo um maior contacto com a equipa de enfermagem, com os doentes; com protocolos e procedimentos; e com as dinâmicas características da unidade, de forma que considero que contribui para estabelecer relações de trabalho construtivas e assim **demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar**.

O método de trabalho preconizado no SE caracteriza-se pelo método de cuidados de enfermagem individual. Este método baseia-se no “conceito de cuidado global e implica a afectação de um enfermeiro a um único cliente ou excepcionalmente a mais do que um se a carga de trabalho o permitir” (Pinheiro, 1994). O enfermeiro afecto a um cliente presta-lhe todos

os cuidados durante o seu turno, sendo responsável por eles, e organiza-os consoante atribui mais privilégio ao cliente ou à tarefa a desempenhar. A avaliação dos resultados é feita pelo enfermeiro afecto ao cliente mediante os objectivos traçados e o tempo disponível. Segundo Pinheiro (1994), o enfermeiro chefe é também responsável, principalmente, pela supervisão e avaliação dos cuidados, tendo poder de decisão em todas as etapas do processo. Uma vez que tive oportunidade de conhecer todo o circuito que o cliente faz no SE e passando por todas as áreas de actuação constatei que o método de cuidados de enfermagem individual é aplicado em OBS, Triagem e Sala de Tratamentos 2 (ST2), mas nas restantes áreas recorre-se ao método de cuidados de enfermagem funcionais (método de tarefa). Segundo Munson e Clinton (1979), neste modo de organizar o trabalho é impossível a atribuição de responsabilidades (como, por exemplo, erros e omissão de cuidados), uma vez que o nível de imputabilidade é extremamente baixo. Segundo os profissionais o facto de se recorrer ao método de cuidados de enfermagem á tarefa em determinadas áreas deve-se ao número elevado de doentes que ocorre ao Serviço de Emergência e ao tempo curto de permanência estimado para esses espaços, sendo nestes momentos o método mais funcional na resposta às necessidades dos doentes, permitindo a rentabilização do tempo e maximização dos cuidados prestados, não descurando a passagem de turno e de toda a informação pertinente. Em áreas específicas como OBS já é possível a implementação do método de cuidados de enfermagem individual. Os doentes são distribuídos pelos enfermeiros do turno sendo cada um responsável pela prestação de cuidados de enfermagem globais. Através da aplicação do processo de enfermagem fazem a avaliação dos doentes, planeiam os cuidados, executam intervenções, avaliam os resultados e promovem a continuidade dos cuidados através da reavaliação dos respectivos planos.

2.2.5 – Competências do domínio da Formação e Investigação

Na sequência da prestação de cuidados na Sala de Emergência e OBS detectou-se uma necessidade de melhor compreender o fenómeno de morte, com que os enfermeiros do Serviço de Emergência se confrontam no quotidiano, quer de uma forma súbita quer em situação terminal, pelo que realizou-se uma pesquisa bibliográfica relacionada com as atitudes do enfermeiro perante a morte e circunstâncias determinantes, com vista a uma reflexão acerca do tema e conseqüentemente a uma melhor prática profissional.

Reflectir sobre a morte ao logo do ciclo vital numa perspectiva de enfermagem significa dedicar uma atenção muito especial ao que pensam, sentem e vivem os enfermeiros perante a morte de alguém. Neste contexto, devido à necessidade de melhor compreender este fenómeno com que os enfermeiros se confrontam no quotidiano, e em momento de reflexão com a enfermeira

chefe e as enfermeiras tutoras foi-nos proposta a realização de uma acção de formação subordinada ao tema “O Enfermeiro e a Morte” (Anexo V), que contempla não só a actuação que o enfermeiro deve adoptar nesta situação, bem como explora a problemática envolvente no diagnóstico da agonia (situação terminal de vida do doente), dando-se ênfase à família como parte integrante na relação de cuidados de saúde e como elemento sujeito também aos cuidados de enfermagem.

A preocupação com a família também foi mencionada pelos enfermeiros, no que se relaciona com: o acompanhamento da família, o seu sofrimento e a sua ausência no processo de morte. Henriques et al. (1995:11) são congruentes com este tipo de preocupação ao afirmar que a sociedade moderna dessocializa a morte, *"escorraçou-a do seio das famílias e encurralou-a nos hospitais e noutras instituições, onde tantas vezes se morre sozinho atrás de uma cortina numa enfermaria; fechado num quarto solitário ou no meio de incompreensíveis e sofisticados aparelhos (...) sem ninguém que partilhe as circunstâncias da morte"*, incluindo a família.

Também, na opinião de Pacheco (2002:135), a família do doente em fim de vida é motivo de preocupação já que, *"os familiares têm um papel fundamental na vida de qualquer pessoa, facto que assume uma relevância especial no processo terminal de uma morte anunciada."*

Através do anteriormente exposto foi possível **comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas**, e pude **identificar as necessidades formativas na área da EEMC**.

Foi elaborada pesquisa bibliográfica e consulta dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos na fase teórica do curso, no sentido de servir de suporte teórico à acção de formação sobre o tema. “O Enfermeiro e a Morte” e, foi realizado um planeamento, que se encontra em anexo (Anexo III).

A formação foi realizada com metodologia descritiva-reflexiva, tendo por base uma pesquisa bibliográfica e os conhecimentos adquiridos ao longo da vida profissional, pelo que conseguimos **promover a formação em serviço na área de EEMC**.

Para realizar a avaliação da formação, fornecemos um questionário, para verificar o grau de satisfação dos formandos (Anexo VI) e para analisar a nossa **capacidade de comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral**.

Para fazer a análise dos dados do questionário fornecido foi utilizado um programa informático de análise estatística, EXCEL para Windows e criados gráficos representativos em conformidade conforme anexo (Anexo VII).

Ainda na sequência da prestação de cuidados no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano (mais precisamente em OBS), consideramos pertinente a realização de um Cartaz elucidativo da “*Abordagem do Enfermeiro ao doente submetido a Pacemaker*” (Anexo VIII),

situação muito frequente neste serviço; a respectiva fundamentação teórica encontra-se no (Anexo IX). A elaboração desta pesquisa foi solicitada pelas tutoras e vem ao encontro da necessidade de aprofundar conhecimento acerca do que é um pacemaker, os vários tipos que existem e respectiva colocação, as suas indicações, complicações subjacentes, mas acima de tudo para nos consciencializarmos do que um pacemaker acarreta no doente. Foi ainda nossa preocupação adquirir conhecimentos acerca da informação a transmitir ao doente, para que este se sinta devidamente consciente e informado sobre os cuidados a ter no domicílio, caso lhe seja implantado um pacemaker definitivo, lembrando que este é um agente activo na sua recuperação e reabilitação. Neste sentido, a elaboração do cartaz visa permitir que esta informação passe a estar de fácil acesso para todos os profissionais a consultarem. Foi desta forma **demonstrado capacidade de gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida bem como da formação pós-graduada, e assim um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEMC.**

2.3 - SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA DO HPH

O Serviço de Medicina Intensiva situa-se no piso -1 do HPH, e integra juntamente com o Serviço de Emergência (SE) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), o Departamento de Emergência e Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano. A equipa multidisciplinar da SMI é constituída por várias áreas profissionais, integrando médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativa, bem como outros técnicos como consultores e apoio dos meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica.

Tem-se verificado nas últimas décadas a necessidade de incrementar o número de camas para prestação de cuidados especializados na área de cuidados intensivos nos Hospitais Centrais e Distritais, muito embora o ratio entre o número de camas de internamento/camas fique aquém do adequado. A rápida evolução tecnológica e científica nesta área veio criar a necessidade de diferenciação específica com vista a aquisição de conhecimentos e treino quer nas técnicas utilizadas quer na correcta gestão e utilização dos recursos disponíveis. Pretende-se assim racionalizar a utilização dos meios actualmente disponíveis, maximizando os recursos existentes e garantindo a qualidade assistencial ao doente crítico.

O ambiente de cuidados intensivos, determinado pela alta tecnologia, é facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida. Por esta razão, a atenção foca-se muitas vezes na tecnologia e nos tratamentos necessários para manter a estabilidade fisiológica do doente. Coloca-se um grande empenho nas perícias técnicas, na competência profissional e na resposta a situações críticas.

Para Bártole (2008), os cuidados intensivos contribuem fortemente para o processo de desenvolvimento de saberes e competências, na medida em que os enfermeiros colocam constantemente em acção saberes teóricos e saberes práticos, e é desta confluência que surgem as novas competências profissionais. A prevenção de complicações, ou o seu despiste precoce foi assim uma área que privilegiei.

2.3.1 – Competências Clínicas, Pedagógicas e Cognitivas

Durante o estágio surgiram situações em que houve a necessidade de se passar apenas para medidas de conforto a prestar a determinados doentes. A decisão de suspender tratamentos de suporte de vida e passar a cuidados de conforto foi tomada sempre por toda a equipa multidisciplinar integrando os familiares ou pessoas de relação mais próxima dos doentes, o que demonstra para além da sensibilidade e preocupação nesta fase final de vida em proporcionar o maior conforto aos nossos doentes, que existe um trabalho em equipa em todo

o processo de permanência do doente neste serviço, mesmo na tomada de uma decisão tão importante e difícil como esta. O que pude verificar é que o stress das famílias é maior quando se suspende o tratamento do que quando este não é iniciado. Uma vez que se optou pelo objectivo do conforto, cada procedimento deve ser avaliado, para ver se é necessário ou se causa desconforto. Se causam desconforto, os tratamentos não têm que ser mantidos. A abstenção de tratamentos de suporte de vida não é o mesmo que a eutanásia ou o suicídio assistido. Matar é uma acção que provoca morte de outrem, enquanto que permitir a morte é evitar qualquer intervenção que vai interferir com a morte natural que se segue á doença ou traumatismo. Ao longo do estágio pude familiarizar-me com estas situações o que me permitiu de zelar **pelos cuidados prestados na área da enfermagem Médico-Cirúrgica, avaliando a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada, assim como capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.**

Tive tantas oportunidades de desenvolver/aperfeiçoar competências técnicas neste estágio através da participação e realização de procedimentos que nunca tinha presenciado que vou passar a descrever algumas dessas experiências.

Tive oportunidade de avaliar PVC (pressão venosa central), e de efectuar colheitas por linhas arteriais bem como a optimização destas, cujos sistemas têm de ser substituídos de 72/72hs conforme protocolo. Quanto à heparinização dos sistemas de monitorização invasiva, na SMI existe uniformização de cuidados relativamente a este procedimento, nomeadamente colocação solução salina (cloreto sódio 0,9%), em manga de pressão para manter um flush contínuo. Após pesquisa sobre a heparinização ou não, encontrei dois estudos comparativos e, *“Comparison of normal or heparinised saline flushing on function of arterial lines”* realizado por Whitta (2006), e por Cotelho (2008), *“Heparinized solution vs. saline solution in the maintenance of arterial catheters: a double blind randomized clinical trial”*, com o objectivo de demonstrar que não existe vantagem no uso da heparina, tal como defende o enfermeiro. chefe, ao contrário do que é ainda utilizado em algumas instituições do país em que se adiciona á solução salina (cloreto de sódio 0,9%) heparina na concentração de 50u/ml apoiando-se que é um factor de prevenção de infecção dos cateteres, mas inconclusivo. Assim penso ter conseguido **associar os resultados da evidência científica.**

Também prestei cuidados a doentes ventilados através da aspiração de secreções na naso e orofaringe, utilizei a técnica asséptica de aspiração endotraqueal, efectuei manobras de recrutamento alveolar, tive sempre o cuidado de verificar o posicionamento do tubo endotraqueal de forma a evitar a entubação selectiva, com consequente atelectasia. A vigilância da adaptação do doente ao ventilador é de extrema importância, bem como a gestão da fracção de oxigénio inspirada, para isso efectuei gasimetrias com o intuito de monitorizar a

pressão dos gases e trocas gasosas. Em função destas intervenções por mim realizadas posso afirmar que o foco da minha atenção em doentes com ventilação invasiva centrou-se sobretudo na limpeza das vias aéreas e ventilação, tendo sempre em conta as evidências científicas. **Tive assim oportunidade de colaborar com o enfermeiro tutor nestas intervenções tendo por base decisões adequadas e fundamentadas para prevenir complicações.** Tudo isto **exigiu de mim competências técnicas, e destreza e capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EEMC.**

Mais um aspecto inovador introduzido nesta unidade no decorrer do estágio foi o uso do Bispectral Index (BIS) conhecido por mim apenas de apresentação numa aula sobre sedação e analgesia. O BIS é representado como um número entre 0 e 100, calculado a partir do EEG puro obtido por um sensor colocado no frontal do doente. O BIS fornece informações objectivas sobre respostas individuais do doente às drogas sedativas. A medida contínua da hipnose através do BIS, permite a optimização e a individualização da administração dessas drogas, prevenindo-se assim tanto subdoses quanto sobredoses. Recordo-me que um dos doentes em que se colocou tida entrou por estado de mal epiléptico. Ao longo do estágio, a prestação de cuidados permitiu-me aperfeiçoar a capacidade de interagir, observar e interpretar, avaliar, intervir e resolver problemas, sendo capaz de lidar com o ambiente tecnológico que caracteriza uma unidade de cuidados intensivos, **gerindo e interpretando de forma adequada a informação proveniente da minha formação inicial, experiência profissional, de vida, e da formação pós-graduada,** bem como da interacção com os meus tutores e através da pesquisa bibliográfica, adquiri conhecimento no manuseamento de monitores, seringas eléctricas, bombas infusoras, telemetria, transporte do doente crítico.

2.3.3 – Competências Relacionais, de Comunicação e Psicológicas

Um dos objectivos da assistência de enfermagem é levar o doente a participar dos esquemas terapêuticos. Esta participação depende dos processos de comunicação, a partir dos quais se estabelecem as relações de confiança necessárias para o doente diminuir o medo, a ansiedade e permitir, à pessoa fragilizada pela doença, lutar por seu restabelecimento com dignidade. Nesse sentido, os enfermeiros que desenvolvem o seu trabalho em unidades de cuidados intensivos (UCI) além da experiência no uso de tecnologias, e do suporte psicossocial, devem estar atentos ao processo de comunicação para que o doente possa suportar os efeitos da hospitalização, manter a percepção de si próprio e da sua realidade (Hudak & Gallo, 1997). Por ocasião do estágio observei a importância da comunicação terapêutica, na SMI. Os doentes, por perderem o contacto com o ambiente familiar, tornam-se mais sensíveis, necessitando tanto de atendimento de alta complexidade, como do relacionamento terapêutico,

especialmente com a equipe de enfermagem, responsável pelos cuidados do doente hospitalizado, uma relação que tem base na comunicação. A comunicação envolve todos os meios utilizados por uma pessoa para afectar o outro. Para transmitirmos uma mensagem podemos utilizar a forma verbal que está associada à linguagem falada e escrita, como também podemos comunicar de forma não verbal através das expressões, gestos e o toque. Ainda existe a comunicação para verbal que diz respeito ao tom de voz, ritmo, períodos de silêncio Stefanelli (1993) afirma que, a comunicação verbal ocorre por meio da linguagem e é através dela que expomos as nossas ideias, partilhamos experiências com as pessoas, e validamos o significado simbólico da percepção sobre o assunto e o lugar que ocupa. A comunicação não verbal pode ser definida como toda informação obtida por meio de gesto, postura, expressões faciais e corporais, pela distância mantida entre os indivíduos, ou seja, a mensagem transmitida sem o uso de palavras (Silva, 1996). Os equipamentos, o grande número de profissionais que trabalha nas unidades de cuidados intensivos, os ruídos, os sons, as emergências, a agitação e o não entendimento sobre estado de saúde dos demais fazem com que o doente venha a sentir sentimentos de medo, insegurança e isolamento, prejudicando sua tranquilidade e, conseqüentemente, levando-os a necessitarem de um maior uso de relaxantes. Durante o meu percurso nestes dois meses e ao falar com os doentes lúcidos e conscientes, eles relatam que percebem tudo ao seu redor, bem como toda assistência prestada, e que os enfermeiros influenciam de maneira positiva a compreensão sobre a sua situação clínica actual. Os profissionais de saúde não devem esquecer que as suas mensagens não são interpretadas apenas pelo que falam, mas também pela forma como se comportam. Dessa forma podemos tornar nossa comunicação mais efectiva ao tomar consciência da importância da linguagem corporal, principalmente no que diz respeito à proximidade, postura, toque e o contacto visual (Silva, 1996).

Nas etapas do processo de enfermagem, o profissional utiliza técnicas de comunicação, para a colheita de dados, assimilando e transmitindo informações constantemente. Esse processo fornece uma base de elementos confiável para a prestação de uma assistência de boa qualidade, mas poderá ser interrompida se o profissional não utilizar a comunicação terapêutica (Potter & Perry, 2002). Diariamente deparei-me com doentes impossibilitados de comunicar verbalmente, quer pela sedação, presença de tubo endotraqueal ou traqueostomia. Tive assim que me adaptar a essa realidade, fazendo-me acompanhar da minha reflexão na e sobre a prática de forma a conseguir superar este obstáculo tão importante sobre o cuidar. No meu entender, várias são as estratégias que podem ser adoptadas para facilitar o processo de comunicação do doente ventilado. Tive a oportunidade de estabelecer comunicação com doentes ventilados, utilizando uma linguagem simples com perguntas elementares e dicotómicas, ensinei-os a comunicar comigo, utilizando o piscar de olhos como código para

respostas afirmativas, forneci também papel e lápis, e posso afirmar que tive dois doentes que conseguiram escrever transmitindo-me os seus receios. Esta foi a postura por mim adoptada durante o estágio, tentando também incutir isto na equipa de enfermagem.

Um aspecto importante da prestação de cuidados e da recuperação dos doentes em estado crítico é o apoio pessoal dos membros da família e pessoas significativas. O valor dos cuidados centrados simultaneamente no doente e na família não pode ser subestimado. É importante para as famílias serem incluídas nas decisões dos cuidados e serem encorajadas a participar e nos cuidados, ao nível que for apropriado para as capacidades e necessidades pessoais do doente. Desta forma, e demonstrando a preocupação da equipa deste serviço neste sentido é efectuada uma primeira reunião de acolhimento á família do doente em que está presente o médico intensivista e o enfermeiro responsável do doente, num espaço reservado na sala de reuniões, é fornecido o guia de acolhimento que dá resposta às primeiras dúvidas como por exemplo o aspecto da unidade que vai encontrar, o horário de visitas, os contactos telefónicos, è também explicada a situação clínica actual do doente e dá-se tempo e espaço para colocarem algumas questões, e só depois a família é conduzida ao seu familiar. Todo este processo foi por mim vivenciado em várias ocasiões daí a minha admiração pelo trabalho desenvolvido por esta equipa nesta área tão importante da comunicação terapêutica. Nesta área considero ter **demonstrado consciência crítica e reflexiva para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família especialmente na área da EEMC**, assim como, **abordado questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o doente e família, especialmente na área da EEMC, bem como desenvolvi e demonstrei competências sobre técnicas de comunicação.**

2.3.4 – Competências de Adaptação Individual e Organizacional

O processo de integração no serviço foi complicado uma vez que constituiu uma realidade que inicialmente se mostrou assustadora face aos doentes que encontrei, ocorrendo de forma gradual, contando com a ajuda de toda a equipa de enfermagem e principalmente dos enfermeiros tutores e do enfermeiro chefe, que se mostraram disponíveis para contribuir para uma boa integração. Os enfermeiros tutores tiveram a preocupação de me explicar a dinâmica do serviço, bem como de me dar a conhecer o Manual de Procedimentos e Normas da SMI, o qual constatei que está muito completo o que demonstra a preocupação de toda a equipa multidisciplinar na uniformização dos cuidados prestados. De facto, é muito importante sermos bem acolhidos pois permite-nos ter uma visão abrangente do serviço, normas e protocolos, facilitando assim a nossa integração e a identificação com os objectivos do serviço. Segundo

Abreu (2003), o sucesso dos alunos em estágio resulta do processo formal de suporte de aprendizagem que proporciona aos alunos um desenvolvimento integrado de competências, assumir responsabilidade pela sua própria prática e promover a qualidade e segurança dos cuidados, especialmente em situações de reconhecida complexidade. No meu ponto de vista e indo ao encontro de Abreu, a falta de participação do aluno no seu percurso de formação nomeadamente a nível de actividades a desenvolver, circunscreve a iniciativa na prestação de cuidados directos ao doente colocando o aluno á margem. Sendo a área de cuidados intensivos um “mistério” para mim, esse factor constituiu um trabalho por parte dos enfermeiros tutores bastante exigente e uma capacidade de comunicação e partilha de conhecimentos que no meu ponto de vista no decorrer do estágio veio a ser um elemento bastante gratificante para ambas as partes. Inicialmente observei e participei em todas as actividades/rotinas e posteriormente tive a responsabilidade de assegurar todos os cuidados a um ou dois doentes, o que me permitiu sentir autonomia pela gestão das decisões tomadas e expressar o meu pensamento crítico. No entanto, apesar disso, nunca me senti abandonada na unidade, e não hesitei em pedir ajuda sempre que sentisse necessidade. Desfrutei assim, da oportunidade de participar em todas as actividades inerentes à prática de enfermagem que envolveram todos os meus doentes. Senti, em consequência disto, a necessidade de aprofundar, pesquisar e inter-relacionar os conhecimentos leccionados durante o curso. Interagi de forma activa com todos os colegas com quem fiz turno, o que me permitiu integrar eficazmente na dinâmica e funcionamento do serviço, bem como o conhecimento e aplicação dos protocolos e normas do serviço existentes e metodologia de trabalho utilizada. Procurei estar atenta a todas as oportunidades, participando activamente nos cuidados paralelamente com os colegas que sempre se mostraram compreensivos no esclarecimento das minhas dúvidas, ajudando também a gerir as minhas emoções perante as situações. Assim sendo, tive a oportunidade de observar e vivenciar tudo “*in loco*”, tendo um maior contacto com a equipa de enfermagem, com os doentes; com protocolos e procedimentos; e com as dinâmicas características da unidade, de forma que considero que contribui para estabelecer relações de trabalho construtivas e assim **demonstrei capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multi e interdisciplinar.**

2.3.5 – Competências do domínio da Formação e Investigação

A formação em serviço é prática presente na SMI e surge como uma das estratégias facilitadoras da incorporação da evidência da prática, dirigida para as necessidades da equipa de enfermagem, com o objectivo à melhoria da qualidade dos cuidados. A prática de enfermagem baseada na evidência é *“a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferência dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis”*. (Ordem dos Enfermeiros, 2006). A formação em serviço serve também como oportunidade de reflexão sobre a prática, ou sobre situações que surgem e para a qual a equipa de enfermagem não está preparada. O planeamento das formações em serviço é feito anualmente, sendo que os temas são identificados pelo enfermeiro responsável pela formação e sugeridos pela equipa de enfermagem. Assim o papel do enfermeiro responsável pela formação revela-se de extrema importância para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, analisando as necessidades de mudanças na prática, identificando os conteúdos a serem objecto de reflexão, e promovendo a utilização do conhecimento proveniente da formação em serviço.

Na sequência de uma reunião de serviço a que assisti durante o estágio no Serviço de Medicina Intensiva do HPH foi abordada a temática das úlceras de pressão e a dificuldade sentida pela equipa na correcta documentação do referido fenómeno de enfermagem na nova versão do SAPE (SAPE 10G). Uma vez que no serviço onde actualmente exerço funções esta versão já se encontra em funcionamento há alguns meses e se insiste mesmo na uniformização dos registos sugeri ao enfermeiro chefe a realização de uma acção de formação subordinada ao tema *“Registos e Versão SAPE 10G – Úlceras de Pressão”* (Anexo XI) que foi muito bem aceite, bem como por toda a equipa de enfermagem. Tive a preocupação de fazer a formação, que mostrei aos meus tutores que deram um parecer favorável e também ao enfermeiro chefe do serviço, mas por indisponibilidade de tempo do serviço, tal formação não chegou a ser efectuada formalmente, apesar de ter sido discutida e analisada com um dos tutores. Tive assim oportunidade como futura enfermeira especialista na área da Enfermagem Médico Cirúrgica contribuir para a melhoria contínua dos cuidados e, manifestei **capacidade de análise de questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica e promover a formação em serviço na área de EEMC**.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Relatório assenta numa atitude crítico-reflexiva efectuada em vários contextos (urgência, cuidados intensivos e assistência pré-hospitalar), dando ênfase a todas as actividades desenvolvidas para dar resposta aos objectivos delineados, bem como á identificação de situações problema, sugestão e implementação de estratégias de resolução que conduziram á aquisição e aperfeiçoamento de determinadas competências essenciais no futuro como enfermeira especialista na área da EMC e preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Tudo isto foi possível através de uma reflexão pessoal, a partir de conhecimentos teóricos adquiridos e respectiva mobilização para a prática dos cuidados e do recurso a diferentes fontes de conhecimento, promovendo um crescimento contínuo e sistemático, e desta forma contribuir para a tomada de decisão autónoma.

A passagem pelo SMI do HPH, para além de contribuir para a aquisição de saberes específicos na área de cuidados intensivos constituiu desde o primeiro dia um grande desafio para mim. O processo de integração não foi fácil devido ao tipo de doentes com que me deparei, com tantas dificuldades em comunicar e em estado crítico que necessitam de constante monitorização para a rápida detecção de qualquer alteração das funções vitais e intervenção imediata. Com a colaboração de toda a equipa multidisciplinar, e em especial de ambos os enfermeiros tutores e o próprio enfermeiro chefe da unidade esta dificuldade foi ultrapassada e este módulo mostrou-se uma surpresa bastante agradável no meu percurso de aprendizagem por vários factores. Tive oportunidade de colaborar com uma equipa empenhada, actualizada e onde existe um espírito de entreaajuda que contribuiu para um ambiente de trabalho saudável, sendo de extrema importância o trabalho em estreita colaboração com a equipa médica que está sempre presente, havendo a consulta de Follow up que nos permite saber sempre que atitudes vão ser tomadas com os doentes e o porquê das mesmas. Para além disso, existe todo um conjunto de protocolos o que demonstra a preocupação na uniformização dos cuidados de qualidade. Só tenho uma coisa a lamentar, que foi a indisponibilidade de tempo demonstrada pelo serviço para a realização da formação que realizei subordinada ao tema “*Registos e Versão SAPE 10G – Úlceras de Pressão*” apesar do interesse e necessidade manifestada por toda a equipa e pelo chefe do serviço, mas é colocada em anexo tendo sido mostrada a sua estrutura na integral aos tutores e enfermeiro chefe.

O estágio no SE permitiu-me prestar assistência em situações de urgência/emergência, apelando à minha capacidade de reflexão, discernimento e de actuação fundamentada, flexível, rápida e eficaz, baseada em conhecimentos, onde impera um protocolo, um algoritmo ou o tecnicismo, que salvam a vida de pessoas em estado crítico. Foi um estágio que gostei particularmente, por constituir uma área em que pretendo investir num futuro próximo, se

possível. Acho que a oportunidade que me foi dada em conhecer todo o circuito de um doente num serviço de urgência desde a triagem até à assistência ou até mesmo ao internamento, de extrema importância, bem como todo o conjunto de experiências inovadoras que vivenciei que exigiram a tomada de iniciativa para a resolução de alguns problemas tendo a possibilidade de usar o meu pensamento crítico na tomada de decisão para as acções, sentindo-me com bastante autonomia nesta realidade, nomeadamente em passagens pela sala de emergência e em OBS.

No módulo opcional realizado no INEM senti uma maior dificuldade em transmitir as vivências aí decorridas apesar de ter sido um contributo importante para o desenvolvimento de determinadas competências. Não senti qualquer dificuldade de integração, todos os elementos com quem colaborei se mostraram disponíveis para o meu processo de aprendizagem e permitiram a minha colaboração na abordagem à vítima respeitando todas as normas preconizadas no momento. Foi identificada uma necessidade formativa nesta área de assistência pré-hospitalar e efectuada uma acção de formação neste sentido com o tema: *“Higienização das mãos em Serviços de Saúde”*, tendo sido um momento enriquecedor de discussão e troca de ideias e de onde surgiram estratégias possíveis de resolução para o problema mais direccionado para as ambulâncias SIV que têm todas as condições para o cumprimento do correcto procedimento de higienização das mãos.

Executei cuidados de enfermagem tendo por base o processo de enfermagem em todas as suas fases, numa perspectiva da EMC, tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas.

Os objectivos delineados foram cumpridos e, espero ter demonstrado as competências adquiridas e as reflexões que emergiram desse processo mais significativas para a minha aprendizagem.

Gostaria no final de realçar que este processo de aprendizagem constitui uma mais-valia para o meu percurso profissional e pessoal, tendo-se demonstrado bastante compensatório para a promoção da excelência no cuidar, motivando-me a continuar a investir na formação pessoal e profissional, bem como sempre que possível participar em projectos de investigação no Serviço onde exerço funções, com o intuito de aplicar e aumentar os conhecimentos adquiridos em actividades que considero válidas e que possam contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BÁRTOLO, E. – 2008. **Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais aprendem**. Revista de Ciências de Educação, N.º5 de Jan. -Abr.

BOTERF, G. – 2003. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 5ªed. Porto Alegre: Artmed: 192..

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - 2005. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, Terceira Edição. Versão β2:65.

COTILHO, M – 2008. **Heparinized solution vs. saline solution in the maintenance of arterial catheters: a double blind randomized clinical trial**. Revista Intensive Care Med; N° 34:339 – 343.

CQH - Programa de Qualidade Hospitalar – 2006. **Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH**. São Paulo. Consultado em 2 de Fevereiro de 2011, em <http://www.cqh.org.br>.

GOMES, V. – 2009. **SLED: uma reflexão da prática de enfermagem em cuidados intensivos**. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. N°2 Outubro pp.18-20.

GRUPO PORTUGUES de TRIAGEM, 1997.**Triagem no Serviço de Urgência. Manual do Formando**.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – 2009. **Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enquadramento**. Porto: Universidade Católica. Disponível em [WWW:http://www.ics.porto.ucp.pt/](http://www.ics.porto.ucp.pt/). Consultado em: 04.03.2011

MUSON, F., CLINTON (1979). **Defining Nursing Assignment Patterns**. Nursing Research, 28, p. 243- 247.

NASCIMENTO, E.R; MARTINS, J.J. – 2000. **Reflexões acerca do trabalho de enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e a sua família**. Nursing: 3(29): 26-30.

NEVES, Maria do Céu Patrão; Pacheco, Susana – 2004. **Para uma ética da Enfermagem, desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – 2002. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Divulgar. Lisboa: 15.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – 2003. **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Divulgar. Lisboa: 4.

POTTER, P. - 2003. **Fundamentos de Enfermagem Conceitos e Procedimentos**. 5ª Edição, Lusociência: 33.

PEREIRA, A.– 2008. **O ensino clínico de enfermagem médico-cirúrgica: contributo do feedback na promoção de competências auto – regulatórias dos futuros enfermeiros**. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, pp.332
Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – 2003. Direcção de Serviços de Planeamento - **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2003. ISBN 972-675-097-0.

POTTER, P. - 2003. **Fundamentos de Enfermagem Conceitos e Procedimentos**. 5ª Edição, Lusociência: 33.

ROBBINS, Stephen P. – 1999. **Comportamento Organizacional**. 8.ª Edição, Rio de Janeiro, editora Afiliada.

RODRIGUES, Márcia; CORDEIRO, Carla – 2007. **“CIPE – Um contributo para a Enfermagem...ou uma nova maneira de registar?”** Sinais Vitais nº 74.

SILVA, Abel – 2007. **Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina**. Revista Servir. N.º 55, pp. 11-20.

SIMÕES, José, 2008. *Reflexão Bioética sobre a situação do idoso e sua família*. Revista Portuguesa de Bioética, Nº5, pág. 234-236.

VIEIRA, Margarida, 2007. *Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência*, Ed. Unipessoal, Lda Universidade Católica, Lisboa, pág. 148.

WHITTA, R – 2006. **Comparison of normal or heparinised saline flushing on function of arterial lines** .Critical Care Resuscitation; 8:205-208EPORT.

ANEXOS

**ANEXO I – Plano de sessão da acção de formação “Higienização das
Mãos em Serviços de Saúde”**



Plano da Sessão

Formador: En^{fa} Rosa Maria Teixeira

Tema: “Higienização das mãos em serviços de saúde”

Destinatários: Profissionais de saúde ambulância SIV – Gondomar

Tempo: 30 minutos

Objectivos:

- Reconhecimento da importância da higienização das mãos em serviços de saúde;
- Relembrar a técnica da higienização simples das mãos;
- Reflexão acerca da adesão à boa prática da higienização das mãos em serviços de saúde.

Meios e recursos didácticos:


- Videoprojector
- Computador

Métodos:

- Expositivo

Fases	Conteúdos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação pessoal e do tema• Objectivos• Motivação	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Conceito de higienização das mãos e factores inerentes à boa prática em serviços de saúde• Factores que interferem na adesão dos profissionais de saúde à prática da higienização das mãos• Estratégias que contribuem para a adesão à boa prática da higienização das mãos	20 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese das principais ideias e esclarecimento de dúvidas	5 minutos

ANEXO II- Acção de formação “Higienização das Mãos em Serviços de Saúde”



3º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Médico Cirúrgica
Universidade Católica Portuguesa - Porto

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Trabalho realizado por:
Rosa Maria Teixeira
Aluna nº 361609056

Objectivos

- Reconhecimento da importância da higienização das mãos nos serviços de saúde;
- Exposição da técnica da higienização das mãos;
- Reflexão acerca da adesão á boa prática da higienização das mãos em serviços de saúde.

Perspectiva histórica

- Ignaz Semmelweis (1818-1865), médico húngaro, reportou a redução do nº de mortes maternas por infecção puerperal após implementação da prática de higienização das mãos num hospital em Viena → Medida primária no controlo da infecção
- Oliver Wender Holmes (1809-1894), médico americano, foi o primeiro a publicar recomendações para que os profissionais lavassem as mãos.
- William Stewart Halstedt (1852-1922), introduz o uso de luvas nos procedimentos hospitalares.
- OMS (2004) com a “*Aliança Mundial para a Segurança do Doente*” contribui para a elaboração de directrizes e estratégias de implementação de medidas visando a adesão á prática de higienização das mãos.

O que é higienização das mãos?

Medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação de infecções relacionadas á assistência em saúde.

O termo engloba:

- higienização simples
- higienização anti-séptica
- fricção anti-séptica
- anti-sepsia cirúrgica das mãos

Porque fazer?

- As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência aos doentes.
- Meio de contacto
 - Directo
 - Indirecto

Para que higienizar as mãos?

- Remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da flora da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contacto.
- Prevenção e redução da infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

Quem deve higienizar as mãos?

- Todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantêm contacto directo ou indirecto com os doentes, que actuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado.

Como fazer? Quando fazer?

- Uso de água e sabão, solução alcoólica e anti – séptico

Uso de água e sabão:

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;
- Ao iniciar e terminar o turno de trabalho;
- Antes e depois das refeições;
- Antes da manipulação de alimentos;
- Antes da preparação e manipulação de medicamentos;
- Antes e após contacto com doentes colonizados ou infectados por *clostridium difficile*
- Após várias aplicações consecutivas de solução alcoólica;
- Nas situações descritas a seguir para a solução alcoólica.

Como fazer? Quando fazer?

Uso de solução alcoólica:

- Indicado quando as mãos não estiverem visivelmente sujas nas situações abaixo descritas (sob a forma de gel ou líquido).
- Antes e depois do contacto com o doente;
- Antes de realizar procedimentos e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Após contacto com objectos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao doente;
- Antes e depois da remoção de luvas.

Como fazer? Quando fazer?

Uso de anti – sépticos:

Estes produtos associam sabão a anti-sépticos e destinam-se á higienização anti-séptica das mãos e á anti-sepsia cirúrgica das mãos.

Higienização anti-séptica das mãos:

- Em doentes em isolamento de contacto, portadores de microrganismos multirresistentes;
- Nos casos de surtos (ex. gripe A).

Anti-sépsia cirúrgica das mãos:

- No pré-operatório, antes de qualquer acto cirúrgico;
- Antes da realização de procedimentos invasivos.

Espectro antimicrobiano e características de agentes anti-sépticos utilizados para a higienização das mãos

Grupo	Bactérias Gram-negativas	Bactérias Gram-positivas	Micobactéria	Fungos	Vírus	Velocidade de acção	Comentários
Álcoois	+++	+++	+++	+++	+++	Rápida	Concentração óptima: 70%; não apresenta efeito residual
Clorexidina	+++	++	+	+	+++	Intermediária	Apresenta efeito residual; raras reacções alérgicas
Compostos de Iodo	+++	+++	+++	++	+++	Intermediária	Causa queimaduras na pele; irritantes para a higienização anti-séptica das mãos
Iodóforos	+++	+++	+	++	++	Intermediária	Irritação da pele menor que a de compostos de iodo; apresenta efeito residual
Triclosan	+++	++	+	-	+++	Intermediária	Aceitabilidade variável para as mãos

+++ excelente ++ bom + regular - nenhuma actividade antimicrobiana ou insuficiente

Uso de luvas

- Usar luvas somente quando indicado;
- Utiliza-las para protecção individual, nos casos de contacto com sangue e líquidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes;
- Trocar de luvas sempre que entrar em contacto com outro doente;
- Trocar também durante o contacto se mudar de sitio corporal para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais quando estiver com luvas.

O uso de luvas não substitui a higienização das mãos!

Bens necessários

Água

Livre de contaminantes químicos e biológicos;

Os reservatórios devem ser limpos e desinfetados, com realização de controle microbiológico semestral.

Sabões

Recomenda-se o uso de sabão líquido, tipo refil, devido ao menor risco de contaminação do produto;

Deve ser agradável ao uso, possuir fragrância leve e não resseque a pele.

Agentes anti-sépticos

São substâncias aplicadas à pele para reduzir o número de agentes da flora transitória e residente.

Papel toalha

Deve ser suave, possuir boa propriedade de secagem, ser esteticamente aceitável e não libertar partículas;

Deve-se dar preferência aos papeis em bloco, que possibilitam o uso individual, folha a folha.

Equipamentos necessários

Lavatórios

Possuir torneiras ou comandos que dispensem o contacto das mãos;

Existência de dispensadores de sabão líquido, além de recursos para secagem das mãos.

Dispensadores de sabão e anti-sépticos

Dispositivos que facilitem o seu esvaziamento e preenchimento;

Não se deve completar o conteúdo do recipiente antes do termino do produto devido ao risco de contaminação;

Fácil limpeza e que evitem o contacto directo das mãos.

Equipamentos necessários

Porta-papel-toalha

Fabricado com material que não favoreça a oxidação sendo também de fácil limpeza;

Instalado de forma a não receber salpicos de água e sabão;

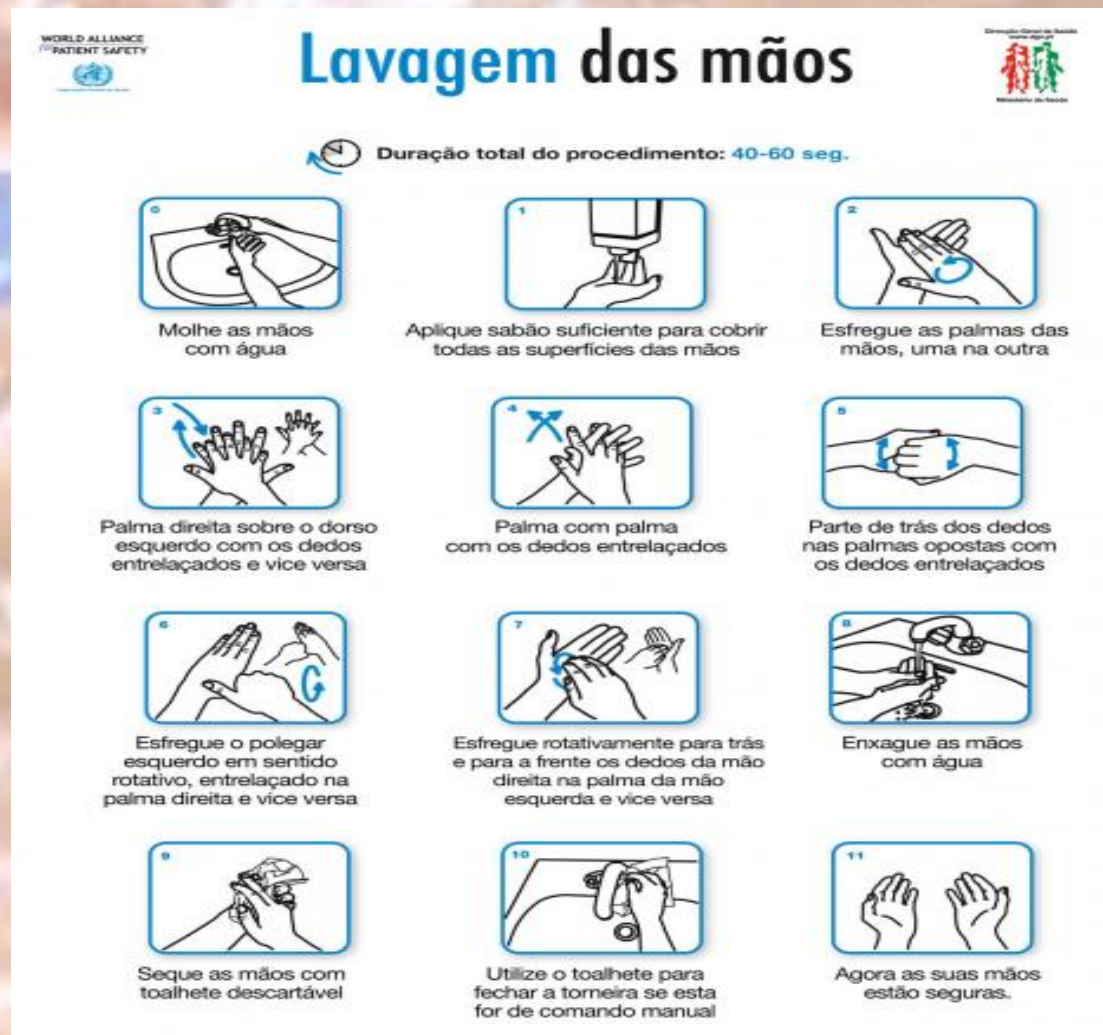
Estabelecimento de rotinas de limpeza e de reposição do papel.

Secador elétrico



Técnica de higienização das mãos

A eficácia da higienização das mãos depende da duração e da técnica utilizada



Outros aspectos importantes na higienização das mãos

- Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças;
- Evitar o uso de anéis, pulseiras ou outros adornos quando em contacto com o doente;
- Aplicar creme hidratante nas mãos, diariamente, para evitar que a pele fique seca.

Factores que interferem na adesão às práticas da higienização das mãos

I. Factores de risco identificados para a baixa adesão da higienização das mãos

- Ser Médico ou Assistente operacional;
- Sexo masculino;
- Trabalhar em UCI;
- Trabalhar durante a semana *versus* fins de semana;
- Utilizar luvas e avental;
- Realizar actividades com maior risco de transmissão de infecção;
- Número de horas totais de trabalho.

Factores que interferem na adesão às práticas da higienização das mãos

2. Factores apontados pelos profissionais de saúde para explicar a baixa adesão às práticas de higienização das mãos

- A higienização simples das mãos com água e sabão causa irritação e secura da pele;
- Os lavatórios não estão acessíveis (número insuficiente ou mal localizados);
- Má reposição de equipamentos necessários;
- Excesso de trabalho ou tempo insuficiente;
- O doente é a prioridade;
- A higienização das mãos interfere na relação com o doente;
- Partir do princípio que o uso de luvas dispensa a higienização das mãos;
- Falta de conhecimento sobre os protocolos e manuais(recomendações);
- Discordância em relação às recomendações;
- Esquecimento/ não pensar na temática;
- Falta de informações científicas sobre o impacto da higienização das mãos nas taxas de infecção hospitalar.

Estratégias para a promoção da higienização das mãos nos serviços de saúde

1. Educação;
2. Observação/ auditoria e *feedback*;
3. Medidas administrativas;
4. Educação do doente;
5. Informação em todos serviços;
6. Sanções administrativas e premiações;
7. Reposição do produto utilizado para a higienização das mãos;
8. Participação activa a nível individual e institucional;
9. Reforço da eficácia individual e institucional;
10. Evitar sobrecarga de trabalho e número reduzido de profissionais;
11. Combinação de várias estratégias.

Referências Bibliográficas

ANVISA, (2009).“ Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das mãos – Agência Nacional de Vigilância Sanitária”, 1ª edição, p. 15 – 83


WORDL HEALTH ORGANIZATION, (2009).“WHO Guidelines on Hand Higiene in Health Care – First Global Patient Safety Chalenge Clean Care is Safer Care “ , p. 58 – 77

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienização - mãos/ higienização.htm> 13 de Maio de 2010 às 10H12`



Obrigada pela atenção!

Questões?



3º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Médico Cirúrgica
Universidade Católica Portuguesa - Porto

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Trabalho realizado por:
Rosa Maria Teixeira
Aluna nº 361609056

ANEXO III – Plano de sessão da acção de formação “O Enfermeiro e a Morte”

Plano da Sessão

Formadores: Enf^a Carla Taveira e Enf^a Rosa Teixeira

Tema: “O Enfermeiro e a Morte”

Destinatários: Enfermeiros do SU do HPH

Tempo: 25 minutos

Objectivos:

- Reflectir acerca do conceito da Morte na actualidade;
- Reflectir acerca das reacções dos enfermeiros ao lidarem com a morte;
- Discutir qual a actuação de enfermagem na assistência ao doente em fase terminal;
- Sensibilizar os colegas para a uniformização de comportamentos perante o doente terminal.

Meios e recursos didácticos: Computador

Metodologia: Expositivo

Fases	Conteúdos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação pessoal e do tema• Objectivos• Motivação	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• O Enfermeiro e a Morte• Actuação do enfermeiro perante a situação da morte• Agonia	15 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese das principais ideias e esclarecimento de dúvidas	3 minutos
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Questionário	2 minutos

ANEXO IV – Fundamentação teórica da acção de formação “O Enfermeiro e a Morte”

Mestrado Profissional – Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica
Universidade Católica Portuguesa – ICS Porto
Estágio Enfermagem Médico - Cirúrgica - Módulo I - Serviço Urgência

O ENFERMEIRO E A MORTE...



Novembro de 2010

Mestrado Profissional – Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio Enfermagem Médico - Cirúrgica - Módulo I - Serviço Urgência

O ENFERMEIRO E A MORTE...

Trabalho elaborado por:

Carla Taveira

Rosa Teixeira

Novembro de 2010

*“ A forma de morrer de uma pessoa fica
gravada em todos quantos a presenciaram...”*

Cicely Saunders

Índice

0 - Introdução	4
1 - A Morte	6
2 - O Enfermeiro e a Morte	7
3 - O Processo de Luto.....	10
4 - Actuação do Enfermeiro perante o momento da Morte	15
5 - Agonia.....	16
6 – Conclusão	20
Referências Bibliográficas	21

0 - Introdução

Na sequência da prestação de cuidados na Sala de Emergência e OBS do Hospital Pedro Hispano no contexto do estágio do Mestrado Profissional - Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica detectámos necessidade de melhor compreender o fenómeno de Morte, com que os enfermeiros do Serviço de Urgência se confrontam no quotidiano, quer de uma forma súbita quer de situação terminal, pelo que realizou-se uma pesquisa bibliográfica relacionada com as atitudes do enfermeiro perante a Morte e circunstâncias determinantes, com vista a uma reflexão acerca do tema e consequentemente a uma melhor prática profissional.

Neste sentido, a elaboração deste trabalho visa também, servir de suporte teórico à acção de formação sobre o tema "*O Enfermeiro e a Morte...*", o qual aborda a fase terminal de vida do indivíduo vítima de doença com mau prognóstico clínico.

Tendo em conta a necessidade diagnosticada elaboramos o presente trabalho com os seguintes objectivos:

- Reflectir acerca do conceito da Morte na actualidade.
- Reflectir acerca das reacções dos enfermeiros que lidam com a Morte.
- Discutir qual a actuação do enfermeiro na assistência ao doente em fase terminal.

A Morte não é um tema muito trabalhado na vida académica, implicando assim no despreparo dos profissionais ao vivenciá-la. São preparados apenas para a vida, a manutenção da mesma a qualquer custo. Os profissionais da área da saúde são frequentemente expostos a situações de confronto com a Morte de pessoas sob seus cuidados, sobretudo aqueles que actuam em serviços hospitalares. Apesar desse confronto com a Morte no seu quotidiano de trabalho, esses profissionais encontram dificuldade em encará-la como parte integrante da vida, considerando-a, com frequência, como resultado do fracasso terapêutico e do esforço pela cura.

Estudar as concepções culturais do processo saúde-doença-morte nas diferentes sociedades pode possibilitar aos profissionais de enfermagem compreenderem seus próprios valores e crenças diante do processo de morrer e da Morte bem como suas

atitudes e acções relacionadas com as questões do quotidiano que influenciam na sua vida pessoal e profissional. O sofrimento das pessoas que compõe a equipe de enfermagem parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas. Este sofrimento decorrente do envolvimento emocional da equipe são factos vivenciados na unidade hospitalar e estão directamente ligados aos valores pessoais, à história de vida e à patologia que acomete o doente.

I - A Morte

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão 2, 2009), define a Morte como um fenómeno pertencente ao desenvolvimento físico, com as seguintes características específicas: cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da actividade cerebral.

Segundo Moreira (2006), morrer, cientificamente, é deixar de existir; quando o corpo acometido por uma patologia ou acidente qualquer tem a falência de seus órgãos vitais, tendo uma parada progressiva de toda actividade do organismo, podendo ser de uma forma súbita (doenças agudas, acidentes) ou lenta (doenças crónico-degenerativas), seguida de uma degeneração dos tecidos.

"A situação de óbito hospitalar, ocorrência na qual se dá a materialização do processo de morrer e da Morte, é, certamente, uma experiência impregnada de significações científicas, mas também de significações sociais, culturais e principalmente subjectivas." (Domingues do Nascimento, 2006, pág.52)

Bretas (2006) reforça ainda que a Morte não é somente um facto biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. Assim, a Morte está presente em nosso quotidiano e, independente de suas causas ou formas, seu grande palco continua sendo os hospitais e instituições de saúde.

A Morte é um facto a viver e como tal faz parte da vida. O processo da Morte é algo que desconhecemos, mas em relação à qual profundamente não duvidamos.

Os aperfeiçoamentos dos cuidados médicos e a nutrição permitiram que a maioria das pessoas sobreviva até à velhice. Mas apesar de todos os avanços da ciência moderna, a Morte é inevitável.

Cada geração e cada sociedade desenvolveram as suas próprias estratégias para o momento da Morte. No entanto, todas as sociedades vêem a Morte como uma passagem relativamente à pessoa que morre.

Os doentes vão ao Hospital em busca de um lugar em que os possam atender e solucionar os seus problemas de saúde, em busca da cura. Há pessoas que encontram a Morte no Hospital como resultado final da sua doença. A Morte troca a casa pelo hospital. O homem impossibilitado de morrer em casa, rodeado pela família, morre no hospital, sozinho. A Morte acaba também por estar na mão dos médicos, quando o doente não é deixado morrer naturalmente; antes fica ligado a aparelhos sofisticados que o mantêm artificialmente à vida. O local da Morte modifica-se mesmo dentro do hospital, passando o doente, em função do seu estado, da enfermaria para a Unidade de Cuidados Intensivos ou para um pequeno quarto onde permanece sozinho, de forma a não perturbar os que lhe estão próximos. O homem passa a morrer sozinho, separado dos outros por um biombo, pelas paredes de um quarto solitário ou no meio de sofisticados e incompreensíveis aparelhos de uma unidade especializada. Em qualquer dos locais, morre no vazio, sem ninguém que partilhe os seus medos, as suas dúvidas, a angústia, a paz, a alegria,... A Morte torna-se um momento solitário. A Morte não pode suscitar emoções fortes, pois elas não são compatíveis com a vida profissional de cada um, e ainda menos com o hospital. Neste sentido, a Morte contradiz a finalidade do hospital. A Morte torna-se a imagem e o fracasso da Ciência e a tecnologia em que o homem confiava.

2 - O Enfermeiro e a Morte

O cuidar está inserido desde o nascer até o morrer, sendo que esta acção implica aliviar, ajudar, pois a cura não é o fim, devendo estar presente até mesmo no processo de morrer.

A Enfermagem é uma profissão que trabalha com o ser humano, interage com ele tanto em sua natureza física, como também social e psicológica. Desta forma, o cuidar pode ser caracterizado pela atenção, zelo e preocupação com o outro.

A Morte é um tema controverso que suscita nos enfermeiros sentimentos e atitudes diversas. Embora faça parte do ciclo natural da vida, a Morte é, ainda, nos dias de hoje, um assunto polémico, por vezes evitado e por muitos, não compreendido, gerando medo e ansiedade. Uma vez que a enfermagem tem nos seus ideais o compromisso

com a vida, lidar com a Morte pode torna-se um acontecimento difícil e penoso, gerando uma multiplicidade de atitudes por parte dos profissionais de enfermagem.

A Morte de um doente causa um impacto muito grande na identidade pessoal e profissional de toda a equipe que o cuida. A vivência do stress pelo contacto constante, com a possibilidade e a ocorrência da Morte, pode ser pensada como uma vivência de um "*luto do profissional*" em relação aos doentes perdidos e à situação de trabalho.

O modo como o profissional compreende o conceito de Morte, bem como a forma que relaciona este conceito com a sua própria existência e as suas vivências pessoais de perdas anteriores dentro e fora do âmbito profissional são aspectos que influirão na sua actuação diante da Morte.

Os profissionais de saúde são preparados através de um modelo biomédico tradicional, que tem por objectivo qualificar profissionais aptos para tratar, curar e prolongar a vida, numa perspectiva nitidamente técnica.

Segundo Aguiar (2006), a formação académica, no entanto, pode deixar algumas lacunas fazendo com que o profissional acredite que somente a cura e o restabelecimento são características de um bom cuidado. As rotinas hospitalares não permitem nem abrem espaço para questionamentos que levem a pensar e compreender melhor a Morte.

Os profissionais da saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam todos os dias a Morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Incerteza porque não sabe se está a prestar todos os cuidados possíveis para o bem-estar do doente, para lhe prolongar a vida e para lhe evitar a Morte; desespero porque se sente impotente para fazer algo que o conserve vivo; angústia porque não sabe como comunicar efectivamente com o doente e seus familiares. Todos estes factores sobrecarregam severamente o enfermeiro que procura cuidar aqueles cuja Morte está eminente.

De acordo com Rees (1983), o enfermeiro reage a estes sentimentos desligando-se do doente e da própria Morte e, consciente ou inconscientemente, concentra a sua atenção no seu trabalho, no processo da doença, com o intuito de afastar expressões de temor e de Morte. Outras vezes, o enfermeiro perante o processo de Morte decide evitar todo e qualquer contacto com o doente.

Deste modo, sendo a Morte inevitável e frequente nos serviços de saúde, nem todos os enfermeiros a compreendem, a acolhem e reagem a ela da mesma maneira.

Confrontados com a doença grave e com a Morte, os enfermeiros tentam proteger-se da angústia que estas situações geram, adoptando estratégias de adaptação, conscientes ou inconscientes designadas: mecanismos de defesa.

Partindo deste princípio, Aguiar (2006) em seu trabalho, ressalta a necessidade que os profissionais têm então, de quebrarem o silêncio e ousarem falar de suas dores, medos, do luto que deve ser elaborado, a fim de que suas demandas sejam atendidas e o melhor cuidado seja oferecido. É importante que eles se permitam entristecer e não se sintam culpados.

Segundo Nunes Fernandes (2006), quando paramos para pensar sobre o que se é permitido sentir o profissional enfermeiro a cerca da Morte, vem o questionamento quanto ao comportamento que deve ser assumido frente ao doente que morre e a família, pondo dúvidas em torno do cuidar com respeito.

De acordo com Rosado (1991), do confronto com a Morte surgem frequentemente mais problemas psicológicos do que físicos. Entre os últimos, fadiga, enxaqueca, dificuldades respiratórias, insónias e anorexia são alguns dos reconhecidos. No entanto, os mais citados são: pensamentos involuntários dedicados ao doente, sentimentos de impotência, choro e sensação de abatimento, sentimento de choque e de incredibilidade perante a perda, dificuldades de concentração, cólera, ansiedade e irritabilidade. Decorrentes destas atitudes, registam-se: absentismo, desejo de mudança de serviço, isolamento, entre outras práticas e atitudes reveladoras da situação e de insegurança.

O sofrimento das pessoas que compõe a equipe de enfermagem parece ser mascarado pelo cumprimento das rotinas.

Este sofrimento decorrente do envolvimento emocional da equipe são factos vivenciados na unidade hospitalar e estão directamente ligados aos valores pessoais, à história de vida e à patologia que acomete o doente.

3 - O Processo de Luto

O luto refere-se a um estado de pensamento, sentimento e actividade que se produz em alguém como consequência da perda de uma pessoa ou coisa amada, associando-se a sintomas físicos e emocionais. A perda é psicologicamente traumática, pelo que é sempre dolorosa e quem a sofre necessita de tempo para transitar ao equilíbrio normal.

Fases do processo de luto

A situação de fase final de vida obriga os doentes a enfrentarem novas situações e implica adaptações sucessivas. O doente apresenta uma crise de vida significativa no seu equilíbrio pessoal, conduzindo a alterações no relacionamento social e familiar.

Neste processo vão surgir múltiplas manifestações: sentimentos como a tristeza, solidão, saudade, ira, reprovação, culpabilidade; sensações físicas como estômago vazio, pontadas, hipersensibilidade aos ruídos, sentido de despersonalização, boca seca; pensamentos como incredulidade, confusão, preocupação, presença do falecido, alucinações visuais e auditivas; comportamentos e condutas como sonhar com o falecido, perturbações do apetite por defeito ou por excesso, comportamentos de risco, evicção social, frequentar os mesmos lugares do falecido, choro frequente, hiperactividade e dor.

Segundo Serra (1991), estão descritas cinco fases no processo de luto:

Negação

Ao tomar consciência com a situação de fase final de vida, o doente tende a negar a iminência de Morte, negando inclusivamente a doença. A negação permite que o doente mantenha a esperança perante essa ameaça. Com frequência, alguns doentes procuram reassegurar-se do diagnóstico, contactando outros médicos, realizando outros exames. Outros doentes, manifestam a negação de uma forma mais implícita, podendo insistir no carácter passageiro da doença, continuando a falar com optimismo

de planos para o futuro. Os profissionais de saúde devem compreender esta negação, como um sinal de que o doente ainda não está preparado para enfrentar essa realidade. É necessário aceitar o doente como um ser humano, que necessita de tempo e de alguém para partilhar os seus sentimentos de medo, angústia e insegurança.

Outra forma de negação é a dos familiares e outras pessoas (amigos, profissionais de saúde) que rodeiam o moribundo e que actuam como se ele não o fosse. Se tivermos em consideração a linguagem hospitalar, verificamos que implicitamente, ela revela que a negação da Morte é uma posição defendida pelo próprio hospital (como instituição de saúde) e pelos profissionais de saúde, o que permite que o doente receba continuamente reforços para se manter no estado de negação.

A este respeito e dirigindo-se aos profissionais de saúde, Kluber-Ross (1994), recomenda que estes devem-se assegurar que não é a reacção destes que bloqueia a comunicação.

Raiva

À medida que o seu mecanismo de negação se vai atenuando, o doente começa a experimentar um sentimento de revolta, interrogando-se: "*Porquê eu?...*"; exteriorizando a sua hostilidade contra o tratamento, contra os profissionais de saúde, contra Deus.

Serra (1991), refere que é nesta fase, que o doente toma atitudes perante as perdas e limitações. Considera que esta raiva deverá ser exteriorizada; ela é quase inevitável, para que o doente evolua para uma aceitação da Morte: terá que se confrontar com a solidão, os seus conflitos, a sua culpabilidade e com a falta de sentido de vida.

Este sentimento de raiva conduz, por vezes, ao perigo de alienação e isolamento por parte daqueles com que o doente se relaciona. É necessário aprender e a aceitar esta raiva como expressão da angústia. Os profissionais de saúde devem evitar a censura, pois, ela é a forma característica de "*castigar*" o doente com uma maior solidão.

Negociação

Neste estadio, constata-se com frequência o desejo que os doentes manifestam, em realizar acordos "*por um pouco mais de tempo de vida*". Essa negociação, que se pode apoiar na tentativa de prolongar o tempo de vida (habitualmente associado a uma

melhor qualidade de vida: diminuição da dor); poderá ser realizada com Deus, com os profissionais de saúde, ou até mesmo, com ele próprio: "se eu *pudesse viver o tempo suficiente para...eu...*".

O doente, segundo Serra (1991), passa a seguir escrupulosamente o seu tratamento, prometendo ser mais compreensivo e tolerante com os outros, dedicando mais tempo às práticas religiosas.

Depressão

Neste momento, o doente toma consciência das consequências reais da sua situação. Ele passa a viver um mundo à parte, isola-se, não manifestando interesse pelo que o rodeia. Serra (1991) refere que no início a depressão é reactiva, isto é o doente verbaliza e activa-se. Chora sobre as provações passadas, os seus pecados, as decepções da sua vida. Na sociedade actual, onde as emoções são extremamente contestadas, dificilmente este tipo de tristeza é tolerado e as respostas são dadas com superficialidade ("*não chore, tenha coragem...*"). Este tipo de atitude por parte do doente, provoca nos diferentes profissionais de saúde, o sentimento de culpa, tornando-os inseguros. Perante estas situações, assistimos com frequência, a um período de silêncio. A comunicação é essencialmente não verbal. A distância para com o mundo que rodeia o doente é enorme. É necessário, que os profissionais de saúde estejam atentos, não só ao que o doente exprime, mas também aquilo que ele não diz, recorrendo à linguagem simbólica.

Aceitação

A aceitação surge num período, em que o doente se mostra capaz de entender a sua situação, com todas as suas consequências. É neste momento, que o doente começa a falar claramente na Morte. O doente revela necessidade de rever as suas experiências passadas mais significativas, como forma de dar sentido à vida e à Morte. Serra (1991) descreve que neste momento os doentes podem manter conversas profundas com pessoas significativas, mostram um diálogo real e conseguem aceitar as coisas boas e más. A aceitação não exclui a esperança. Poder-se-á mesmo dizer, que permanece sempre para o doente uma leve esperança: um tratamento novo, um "milagre".

O mesmo autor, considera que nem todas as Mortes podem ser completamente adequadas, mas as condutas mais tranquilizadoras podem ser facilitadas, permitindo melhorar Mortes potencialmente dolorosas.

Os objectivos da orientação a prestar no luto são:

- Aumentar de forma adequada a realidade da perda;
- Ajudar a pessoa a expressar a sua afectividade;
- Ajudar a vencer os impedimentos que evitam o reajuste depois da perda;
- Ajudar a formular novos projectos para o futuro;
- Ajudar a "dizer adeus" ao falecido e a sentir-se confortável na sua nova situação.

Também neste período deverá ser valorizado o processo de comunicação, particularmente a escuta activa. Muitos dos enlutados ficam sós e necessitam de alguém que os ouça e os ajude a reenquadrar perspectivas e a atingir o equilíbrio natural para viver.

Apoio espiritual

O apoio espiritual, consiste sobretudo em oferecer a atenção espiritual, atenção integral, com uma atitude de absoluta humildade e respeito porque vamos entrar no lugar mais secreto de cada pessoa. Esta humildade, exige o dever de escutar antes de falar, compreender antes de convencer e aceitar antes de impor.

Os indivíduos que se encontram a ponto de morrer agradecem a oportunidade de poder falar com alguém e expressar os seus próprios pontos de vista. (Serra, 1991)

Apoio à família

O impacto da doença terminal sobre o ambiente familiar, pode tomar aspectos distintos de acordo com os factores predominantes, sejam eles relacionados com a doença ou relacionados com o contexto social do doente.

Ao planear o apoio à família, devem valorizar-se uma série de factores socioculturais:

- situação económica da família face às despesas previsíveis, condições básicas de habitabilidade,

- nível cultural que permita à família a execução das indicações sobre o tratamento e cuidados a prestar.

A primeira atitude da equipa de saúde, será a de avaliar se a família pode, do ponto de vista emocional e prático, cuidar de forma adequada o doente.

A doença terminal impõem-se à família de três maneiras diferentes: distorce ou destrói os padrões de interacção dentro da unidade familiar; afecta os planos e as orientações da família em relação ao futuro; altera o conjunto de grupos de referência exteriores com os quais a família interage.

Devemos promover à família, em conjunto, o ajuste individual à situação, aumentar a capacidade de cuidar e possibilitar uma adaptação normal.

O passo seguinte será o de planear a integração plena da família na prestação dos cuidados, o que se consegue através da sua educação, do suporte emocional e prático que lhe for proporcionado e da forma como se for preparando o luto.

A função da família deverá ser a da participação nas tarefas que dizem respeito à higiene do doente, alimentação, adopção de condutas adequadas quando surgem determinadas situações/problemas e comunicação efectiva com o doente.

4 - Actuação do Enfermeiro perante o momento da Morte

Para que o fenómeno da Morte seja encarado com serenidade pelo enfermeiro, este deve prevê-la como inevitável.

Assim deve ter como atitudes:

- Toda a equipa deve ter um comportamento e linguagem coerente, em relação à informação dada ao doente para não existir contradições.
- Comunicar a situação terminal do doente, conforme a vontade e capacidade de aceitação do doente.
- Compartilhar, deixar a pessoa expressar os seus temores e desejos
- Auxiliar correctamente o doente a assumir a Morte como experiência que só ele pode viver.
- Promover a vivência da fase final de vida no domicílio sempre que possível, caso contrário, providenciar um espaço confortável na instituição hospitalar, onde familiares e doente, possam juntos partilhar o momento da Morte
- Ter respeito pela diferença, cada doente tem o seu modo de estar na vida.
- O doente raramente está isolado, os familiares podem ajudar ou perturbar.
- Diminuir a dor, o sofrimento e a angústia.

O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de, conforme descrito no Código Deontológico de Enfermagem, artigo 87º - Do Respeito Pelo Doente Terminal:

- a)Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida;
- b)Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- c)Respeitar e fazer respeitar o corpo após a Morte.

O enunciado afirma o enquadramento decorrente de acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal. Considera-se que no estágio de evolução chamado terminal, a Morte é previsível a mais ou menos curto termo. Neste caso, as intervenções levadas a cabo visam atenuar os sintomas da doença (em particular, a dor), sem agir sobre a causa. Neste contexto, o objectivo dos cuidados é preservar não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana, que é essa possibilidade para cada ser humano de, por intermédio da sua consciência, agir livremente e autodeterminar-se.

Como técnicos de saúde, podemos ser a principal causa de sofrimento ou a forma principal de aliviar o sofrimento.

5 - Agonia

O doente agónico, sendo um doente paliativo, é aquele cuja sobrevida estimada é de horas ou dias, efectuada com base na sintomatologia e evidência clínica que apresenta, representando, pois, apenas um pequeno subgrupo dentre os doentes terminais. Designa-se assim os últimos dias ou horas de vida por período de Agonia. (Capelas, 2006).

Os anglo-saxónicos designam-na como *the last days and hours of life*. Trata-se de uma fase que pode ter a duração de horas ou dias, dependendo de factores como a idade, sendo mais demorada nos doentes jovens, com perfil de lutadores ou naquelas pessoas com problemas não resolvidos (NETO, 2006).

Nesta fase acontecem alterações clínicas e fisiológicas, com uma deterioração progressiva do estado do doente, podendo surgir novos sintomas ou verificar-se um agravamento dos sintomas existentes (Neto, 2006).

Uma das condições essenciais para que sejam prestados cuidados de qualidade ao doente em fim de vida é ser capaz de reconhecer que o momento da Morte está próximo.

A possibilidade de o doente saber que a Morte está próxima, permite-lhe fazer escolhas como o lugar e o modo como pretende que esse momento aconteça (Neto, 2006).

Para os profissionais é também importante este conhecimento para que possam prestar os cuidados adequados, no momento certo, uma vez que a oportunidade é única e irrepetível. Os enfermeiros são profissionais que lidam frequentemente com a Morte, uma vez que desenvolvem funções em hospitais, lares de idosos e na comunidade, em regime de assistência domiciliária (Payne, 2004).

É muito importante ser capaz de prever o momento da Morte. As reações à perda também variam consoante se trata de uma Morte esperada ou de um acontecimento traumático, podendo este último provocar reações particularmente perturbadoras, exigindo um enorme esforço de adaptação (Barbosa, 2006).

A fase da Agonia tem um significado muito especial para a família e pessoas significativas. É o momento em que existe a consciência de que a Morte se aproxima rápida e inevitavelmente, despertando sentimentos de medo, impotência e, com frequência, de ambivalência. Se por um lado gostariam que o doente permanecesse vivo durante mais tempo, evitando a separação, por outro desejam que o seu sofrimento termine, acabando por, mesmo inconscientemente, desejar a sua Morte.

Devemos assegurar à família que estes sentimentos acontecem naturalmente nesta situação (Barbosa, 2006).

Um doente em Agonia apresenta, geralmente, um conjunto de alterações fisiológicas que ajudam a prever e a limitar sob o ponto de vista temporal esta fase. São exemplo:

- Deterioração evidente e progressiva do estado físico, acompanhada de oscilação do nível de consciência, alguma desorientação e dificuldades na comunicação. Este agravamento pode atingir o coma e habitualmente o doente passa a maior parte ou a totalidade do dia acamado;
- Dificuldade progressiva na ingestão e deglutição, com origem na debilidade crescente ou nas alterações do estado de consciência; desinteresse pelos alimentos (sólidos e líquidos);
- Falência de múltiplos órgãos (por exemplo, traduzida na diminuição da diurese, retenção urinária, aparecimento de edemas periféricos), acompanhada por vezes da falência do controlo dos esfíncteres e de alterações da temperatura corporal e da coloração da pele (livores e cianose);
- Sintomas físicos variáveis de acordo com a patologia de base

- Sintomas psico-emocionais como angústia, agitação, crises de medo ou pânico, pesadelos, manifestados de acordo com a gravidade do estado do doente;
- Evidência e/ou percepção emocional, verbalizada ou não, da realidade da proximidade da Morte. (Neto, 2006)

No sentido de dar resposta à dificuldade sentida pelos profissionais de saúde na prestação deste tipo de cuidados numa fase mais terminal da vida do doente, Ellershaw desenvolveu um instrumento/protocolo denominado *Liverpool Integrated Care Pathway*. O Protocolo de Liverpool pretende uniformizar a forma de cuidar o doente em fase de Agonia, independentemente do local onde o doente vive os seus últimos dias de vida (Ellersahw, 2003).

Este fornece guias orientadores relativamente a aspectos chave no cuidado ao doente oncológico em fim de vida. São eles: controlo de sintomas, medidas de conforto, prescrição de terapêutica de resgate, suspensão de intervenções inúteis, apoio psicológico e espiritual e cuidado à família, antes e após a Morte do doente. Facilita ainda a documentação dos resultados obtidos e promove a prática reflexiva.

Principais barreiras à realização do diagnóstico de uma situação de Agonia (Ellersahw, 2003):

- Esperança que o doente recupere ou melhore,
- Ausência de diagnóstico definitivo,
- Manutenção de intervenções irrealistas,
- Não aceitação da condição do doente,
- Não identificação dos sinais e sintomas chave,
- Falta de conhecimentos para prescrever terapêutica,
- Dificuldade em comunicar com doente e família,
- Medo de abreviar a vida,
- Preocupações acerca de aspectos como a reanimação,
- Barreiras culturais e espirituais,
- Questões médico-legais.

Agonia não diagnosticada - efeitos no doente e família

- Desconhecimento que a Morte está iminente,
- Perda de confiança na equipa,

- Obtenção de mensagens contraditórias por parte dos diferentes profissionais,
- Final de vida sem dignidade (controlo sintomático),
- Insatisfação do doente e família,
- Início de manobras de reanimação,
- Não satisfação das necessidades culturais e espirituais.
- Desconhecimento que a Morte está iminente,
- Perda de confiança na equipa,
- Obtenção de mensagens contraditórias por parte dos diferentes profissionais,
- Final de vida sem dignidade (controlo sintomático),
- Insatisfação do doente e família,
- Início de manobras de reanimação,
- Não satisfação das necessidades culturais e espirituais.

6 – Conclusão

A Morte continua a ser um grande obstáculo na cultura Ocidental. No entanto, nada de proveitoso se adquire deste tipo de comportamento e conduta, resultando no errado acompanhamento dos profissionais de saúde à família e doente, no momento da Morte.

Se o acompanhamento ao doente em fase terminal, for adequado e atempadamente se inserir a família neste processo de apoio, o doente usufruirá de uma melhor qualidade de vida, do ponto de vista emocional e afectivo, assim como, na diminuição da dor e angústia, inerentes à doença.

Por isso, é necessário ajudar os profissionais de saúde a ultrapassarem os seus próprios temores relativos à Morte, sensibilizando-os para o papel preponderante, que têm no acompanhamento do doente e família.

Uma atitude de acompanhamento do doente em fase final de vida inscreve-se numa nova ritualização perante o fim da vida e testemunha uma certa evolução das atitudes e mentalidades face à Morte.

Feito o diagnóstico de Agonia, o Protocolo de Liverpool fornece guias orientadores relativamente a aspectos chave no cuidado ao doente oncológico em fim de vida: controlo de sintomas, medidas de conforto, prescrição de terapêutica em SOS, suspensão de intervenções inúteis, apoio psicológico e espiritual e cuidado à família, antes e após a Morte do doente. Facilita ainda a documentação dos resultados obtidos e promove a prática reflexiva.

Acompanhar uma pessoa perante uma etapa crucial da sua existência poderá ser uma oferta de escuta, de acompanhamento no seu processo de luto, entender as suas interrogações, o seu sofrimento. Esta solidariedade é fundamental e permite que cada um se sinta sujeito de um encontro, e não como portador de uma doença e objecto de cuidados.

“Nesta altura os doentes sabem que não somos deuses e aquilo que pedem e esperam de nós é que não os abandonemos...”

Sheila Cassidy

Referências Bibliográficas

- AGUIAR, Isabella Rocha et al. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. Acta Paulista Enfermagem. São Paulo, v.19, n2, 2006.
- BARBOSA, A. Luto In Barbosa, A.; Neto, Isabel, *Manual de Cuidados Paliativos* (p.379-395). Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa: 1ª edição. Lisboa, 2006.
- BOSCO, Adriana Gonçalves. Perda e luto na equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico de Urgência e Emergência. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2008.
- BRETAS, José Roberto da Silva; OLIVEIRA, José Rodrigo de; YAMAGUTI, Lie. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre Morte e o morrer. Revista Enfermagem. 2006. São Paulo, v. 40, n. 4.
- CAPELAS, M. Organização de Serviços. In Barbosa, A.; Neto, Isabel, *Manual de Cuidados Paliativos* (p.295-308). Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa: 1ª edição. Lisboa, 2006.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS: CIPE, Versão 2, 2009.
- DOMINGUES DO NASCIMENTO, Carlos Alberto et al. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. Revista Rene. Abril, 2006, vol.7, no.1, p.52-60.
- KÜBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- MOREIRA, Almir da Costa; LISBOA, Marcia Tereza Luz. A Morte - Entre o Público e o Privado: reflexões para a prática profissional de enfermagem. Revista Enfermagem. Setembro, 2006, vol.14, no.3, p.447-454.
- NETO, Isabel, Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa: 1ª edição. Lisboa, 2006.
- NUNES FERNANDES, Maria Edilene; et al. A Morte em Unidade de Terapia Intensiva: percepções do enfermeiro. Revista Rene. Abril, 2006, vol.7, no.1. p.43-51. 2008.

- PAYNE, S.; Seymour, J.; Ingleton, C. – Palliative Care Nursing. Principles and evidence for practice. Glasgow: Open University Press (p.462-471), 2004.
- REES, Gragg et al. - Princípios científicos de enfermagem. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1983.
- ROSADO, Maria - Os técnicos de saúde face ao doente com doença grave. Lisboa: Vozes, 1991.
- SERRA, V. et al – Reacções emocionais à doença grave: como lidar. Ed. Clínica psiquiátrica dos H.U.C., Coimbra, 1991.

ANEXO V – Acção de formação “O Enfermeiro e a Morte”



O ENFERMEIRO E A MORTE

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
Alunas 3º Curso Mestrado de Enfermagem -
Especialização Enfermagem Médico-cirúrgica,
2010/2011

O ENFERMEIRO E A MORTE



UMA VEZ NO HOSPITAL
NINGUÉM MENCIONA A
POSSIBILIDADE DE A DOENÇA
SER FATAL: A MORTE É TRATADA
COMO UM SEGREDO.

O ENFERMEIRO E A MORTE

A Morte deve ser encarada
como um facto a viver e
como tal faz parte da vida.

*“ É como a outra face da lua,
nunca a vemos mas sabemos
que existe, podemos
compreender a face que nos é
revelada: a vida .”*



O ENFERMEIRO E A MORTE

SE SOUBERMOS ASSUMIR QUE A MORTE ENQUADRA A NOSSA EXISTÊNCIA, PODEMOS CONCENTRARMO-NOS MELHOR NA SUA VIVÊNCIA QUOTIDIANA, EQUACIONANDO O QUE FAZEMOS E PARA QUE O FAZEMOS.



O ENFERMEIRO E A MORTE



ALGUMAS VEZES
QUESTIONAMO-NOS SOBRE A
MORTE DESTA OU DAQUELA
PESSOA. MUITAS VEZES
SENTIMO-NOS EMBARAÇADOS
COM O MOMENTO DA MORTE,
MAS SENTIMO-NOS SEMPRE
SOLIDÁRIOS COM A PESSOA NO
SEU PROCESSO DE MORRER.

O ENFERMEIRO E A MORTE

“Cuidar é

quando o nosso **olhar** repousa no olhar do outro, quando a nossa **mão** encontra a mão do outro, quando o nosso **sorriso** abre um sorriso no outro. Cuidar, é **estar com o outro**, mesmo quando o outro, aparentemente, já não esta connosco. Cuidar é **ajudar** o outro a morrer, **caminhando a seu lado** nos últimos momentos da sua vida.”

João M. Raposo



O ENFERMEIRO E A MORTE

Como técnicos de saúde,
podemos ser a
principal causa de
sofrimento ou a forma
principal de aliviar o
sofrimento.



O ENFERMEIRO E A MORTE

ACTUAÇÃO ENFERMEIRO PERANTE O MOMENTO MORTE

Toda a equipa deve ter um comportamento e linguagem coerente, em relação à informação dada ao doente/família para não existir contradições;

Comunicar a situação terminal do doente, conforme a vontade e capacidade de aceitação do doente/família;

Compartilhar, deixar a pessoa expressar os seus temores e desejos;

Auxiliar correctamente o doente a assumir a morte como experiencia que só ele pode vivenciar;

O ENFERMEIRO E A MORTE

ACTUAÇÃO ENFERMEIRO PERANTE O MOMENTO MORTE

Promover a vivencia da fase final de vida na companhia dos familiares, providenciando um espaço confortável;

Ter respeito pela diferença, cada doente tem o seu modo de estar na vida;

Diminuir a dor, o sofrimento e a angustia.

AGONIA

TRATA-SE DE UM PERÍODO DE :

Expressão de sentimentos

Despedidas

Conclusões

Carece de tranquilidade e intimidade

Acompanhamento nos últimos momentos

Reconciliação



DOENTE EM ESTADO AGÓNICO

- O acompanhamento do doente em estado agónico exige, tal como numa fase anterior, uma avaliação sistemática dos sintomas:
- Físicos,
- Psicológicos,
- Espirituais,
- Apoio à família.



DOENTE EM ESTADO AGÓNICO

- Evidente deterioração do estado geral,
- Tem uma duração de horas ou dias, de acordo com factores como a idade, perfil de lutador , “problemas por resolver” ,
- Impacto emocional no doente, família e equipa prestadora de cuidados.

FOCOS INTERVENÇÃO ENFERMAGEM MAIS RELEVANTES NA AGONIA

- Dor
- Delírio (dor , retenção urinária)
- Estertor (posicionamento , aspiração, medicação)
- Dispneia (sensação , ansiedade)
- Mioclonias
- Náuseas/vômitos
- Retenção/incontinência urinária
- Sudação
- Hipertermia

Liverpool Integrated Care Pathway

O Protocolo de Liverpool pretende uniformizar a forma de cuidar o doente em fase de agonia, independentemente do local onde o doente vive os seus últimos dias de vida.



PRINCIPAIS BARREIRAS À REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE UMA SITUAÇÃO DE AGONIA

- Esperança que o doente recupere ou melhore,
- Ausência de diagnóstico definitivo,
- Manutenção de intervenções irrealistas,
- Não aceitação da condição do doente,
- Não identificação dos sinais e sintomas chave,
- Falta de conhecimentos para prescrever terapêutica,
- Dificuldade em comunicar com doente e família,
- Medo de abreviar a vida,
- Preocupações acerca de aspectos como a reanimação,
- Barreiras culturais e espirituais,
- Questões médico-legais.

(Ellershaw)

AGONIA NÃO DIAGNOSTICADA

EFEITOS NO DOENTE E FAMÍLIA

- Desconhecimento que a morte está iminente,
- Perda de confiança na equipa,
- Obtenção de mensagens contraditórias por parte dos diferentes profissionais,
- Final de vida sem dignidade (controlo sintomático),
- Insatisfação do doente e família,
- Início de manobras de reanimação,
- Não satisfação das necessidades culturais e espirituais.

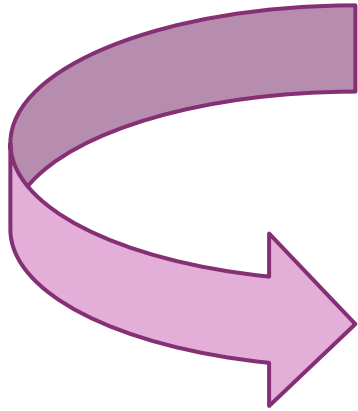
Saber
identificar
sinais clínicos
de agonia

Para evitar
Agonia não
diagnosticada :

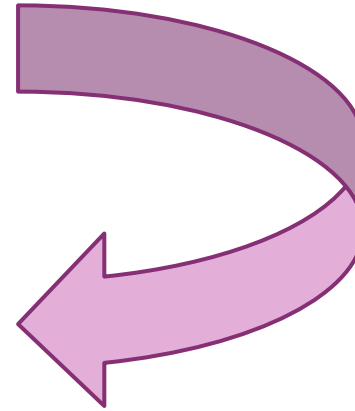
Não enveredar
por medidas de
obstinação
terapêutica

Preparar a
família para o
momento da
morte

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Simplificar
alguns



Acrescentar
outros

SUSPENSÃO DE TRATAMENTOS INUTEIS

- Infusões endovenosas
- Transfusões
- Sonda nasogástrica
- Antibióticos

CUIDADOS NA AGONIA





“Nesta altura os doentes sabem que não somos deuses e aquilo que pedem e esperam de nós é que não os abandonemos...”

Sheila Cassidy

“ A forma de morrer de uma pessoa fica gravada em todos quantos a presenciam...”

Cicely Saunders

“Após anos e anos de assistência a pessoas que vivem os seus últimos momentos, não sei muito mais sobre a morte em si mesma, mas a minha confiança na vida não tem senão aumentado. Vivo, sem dúvida, mais intensamente, com uma consciência mais aguda, aquilo que me é dado viver, alegrias e tristezas, mas também todas essas pequenas coisas quotidianas, que são óbvias, tal como o simples facto de respirar ou de andar. (...) Devo isso àqueles que julgo ter acompanhado, mas que, na humildade em que o sofrimento os afundou, se revelaram uns mestres(...) Quando a morte está tão perto, quando a tristeza e o sofrimento dominam, pode haver ainda vida, alegria, sobressaltos de alma de uma profundidade e intensidade por vezes nunca antes experimentadas.”

Marie de Hennezel, Diálogo com a morte



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

A Morte sob a óptica da Enfermagem publicado 3/08/2009 por Juliana Cândida em <http://www.webartigos.com>

BOSCO, Adriana Gonçalves. Perda e luto na equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico de Urgência e Emergência. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2008.

DOMINGUES DO NASCIMENTO, Carlos Alberto et al. A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. Revista Rene, Abril. 2006, vol.7, no.1, p.52-60.

HENNEZEL, Marie De - Diálogo com a morte. Lisboa : editorial noticias, 1997. ISBN 972-46-0793-3. 173p.

TWYXCROSS, Robert. Cuidados Paliativos. Climepsi Editores. 2ª Edição, Lisboa, Novembro, 2003.

FINA

Trabalho elaborado por:

Carla Taveira

Rosa Teixeira

Novembro, 2010

Obrigado pela atenção

**ANEXO VI – Questionário da avaliação da acção de formação “O
Enfermeiro e a Morte”**

Questionário:

Legenda: 1 – Muito fraco; 2 – Fraco; 3 – Satisfaz; 4 – Bom; 5 – Muito Bom

AVALIAÇÃO ACÇÃO					
1-ORGANIZAÇÃO GERAL DA ACÇÃO					
A metodologia utilizada foi eficaz	1	2	3	4	5
O tempo atribuído ao tema foi adequado	1	2	3	4	5
2-MATÉRIAS/CONTEÚDOS					
Despertaram interesse e motivação	1	2	3	4	5
Foram de compreensão acessível	1	2	3	4	5
Estiveram bem organizados e sistematizados	1	2	3	4	5
Foram completos e suficientes	1	2	3	4	5
AVALIAÇÃO DOS FORMADORES					
3- APTIDÕES TÉCNICAS					
Utilizaram uma linguagem clara e adequada	1	2	3	4	5
Tinham bons conhecimentos teórico-práticos	1	2	3	4	5
Transmitiram bem os seus conhecimentos	1	2	3	4	5
4- DISPONIBILIDADE					
Disponível para esclarecer dúvidas	1	2	3	4	5
Relacionamento bom com o grupo de formandos	1	2	3	4	5
5- COMPORTAMENTO					
Conseguiram despertar interesse dos formandos	1	2	3	4	5

Obrigado pela disponibilidade

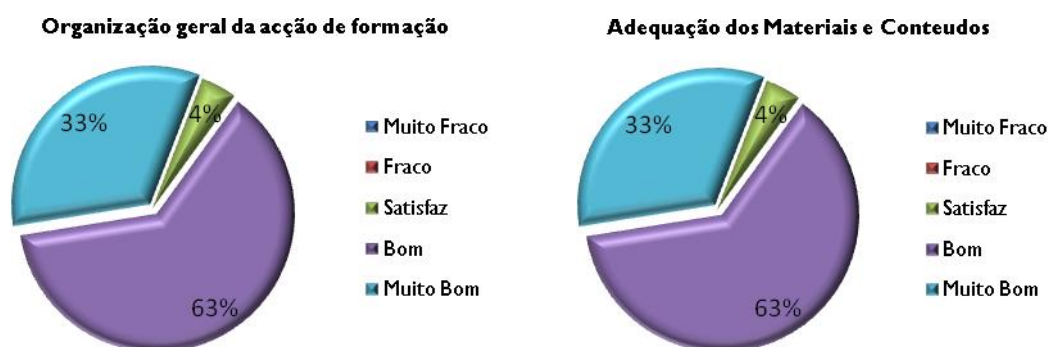
Carla Taveira/Rosa Teixeira

**ANEXO VII – Apresentação dos dados da avaliação da acção de formação
“O Enfermeiro e a Morte”**

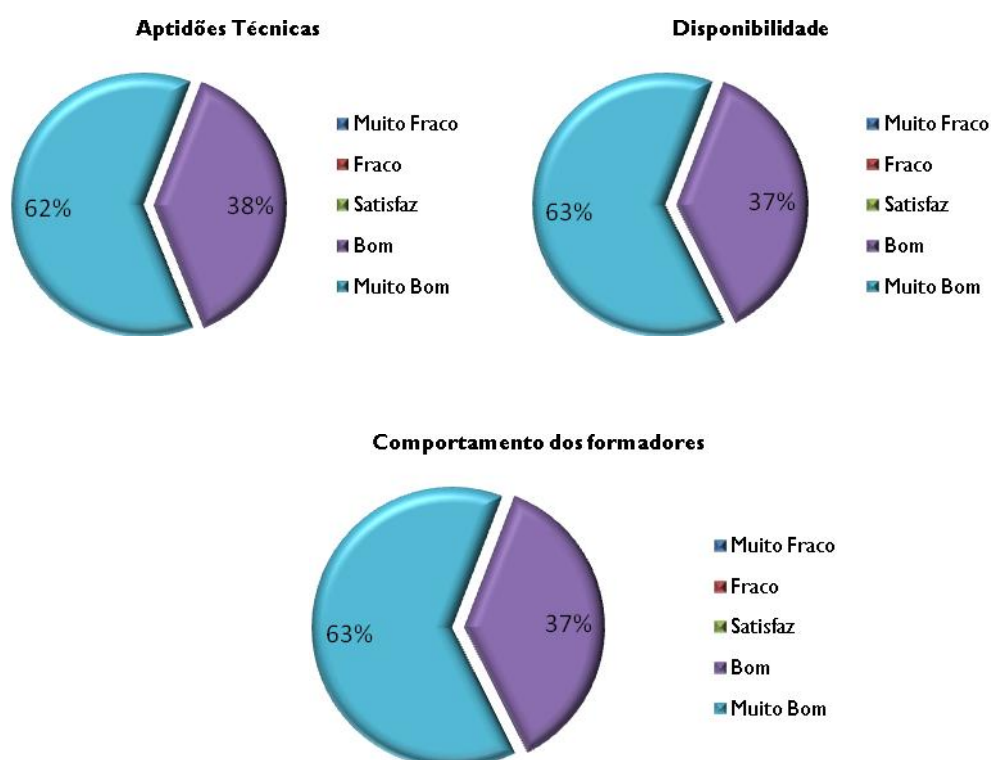
Após a acção de Formação efectuada nos dias 25 e 26 de Novembro de 2010 cujo tema prendeu-se com “O Enfermeiro e a Morte”, foi colocado à consideração dos formandos um questionário que avaliava a pertinência da mesma em termos de conteúdo e metodologia. Os resultados foram analisados e apresentados em forma de gráfico em seguida.

O questionário foi estruturado em duas grandes partes uma primeira que remete para a avaliação da acção de formação e outra sobre a avaliação dos formadores. Aos formandos foi-lhes pedido que enquadrassem as questões segundo uma escala de 1 a 5, sendo que 1 remetia a conteúdos *Muito Fracos*, 2 – *Fracos*, 3 – *Satisfaz*, 4 – *Bom* e 5 – *Muito Bom*.

Em relação à avaliação da acção de formação foram colocadas 6 questões avaliativas segundo duas componentes a organização geral da acção e os materiais e conteúdos. A avaliação obtida foi bastante positiva sendo que os resultados em ambas se aproximam bastante, a média da avaliação obtida é de 4,3 na escala usada. Os gráficos apresentados em seguida são ilustrativos, sendo que as respostas obtidas configuram-se num gráfico semelhante.



A avaliação efectuada pelos formandos dos formadores foi ligeiramente superior, sendo que a média situa-se em 4,64, na escala usada. Em termos gráficos foram efectuados três na vertente das aptidões técnicas, disponibilidade e comportamento dos formadores. Mais uma vez verifica-se a grande aproximação dos valores obtidos entre estes, sendo que os valores variam entre 4 (Bom) e 5 (Muito Bom).



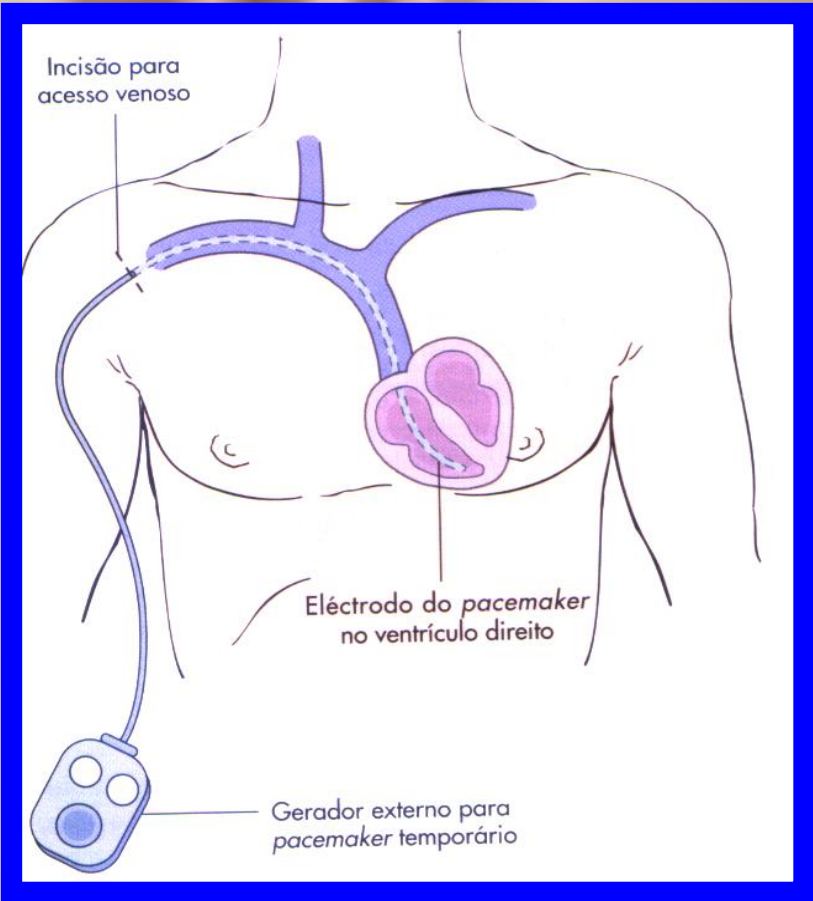
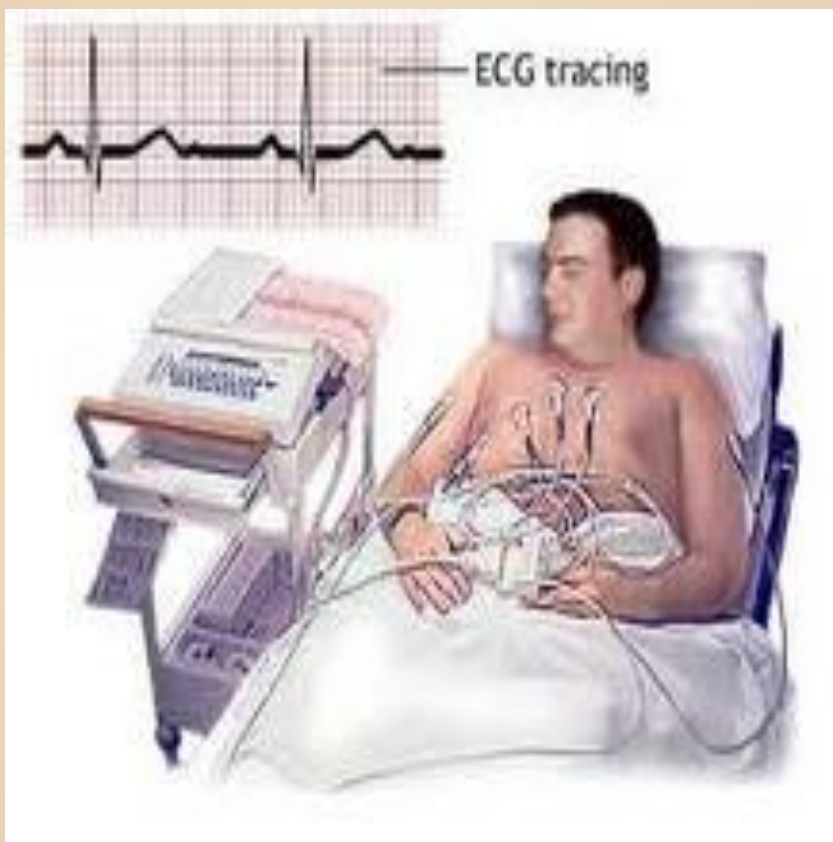
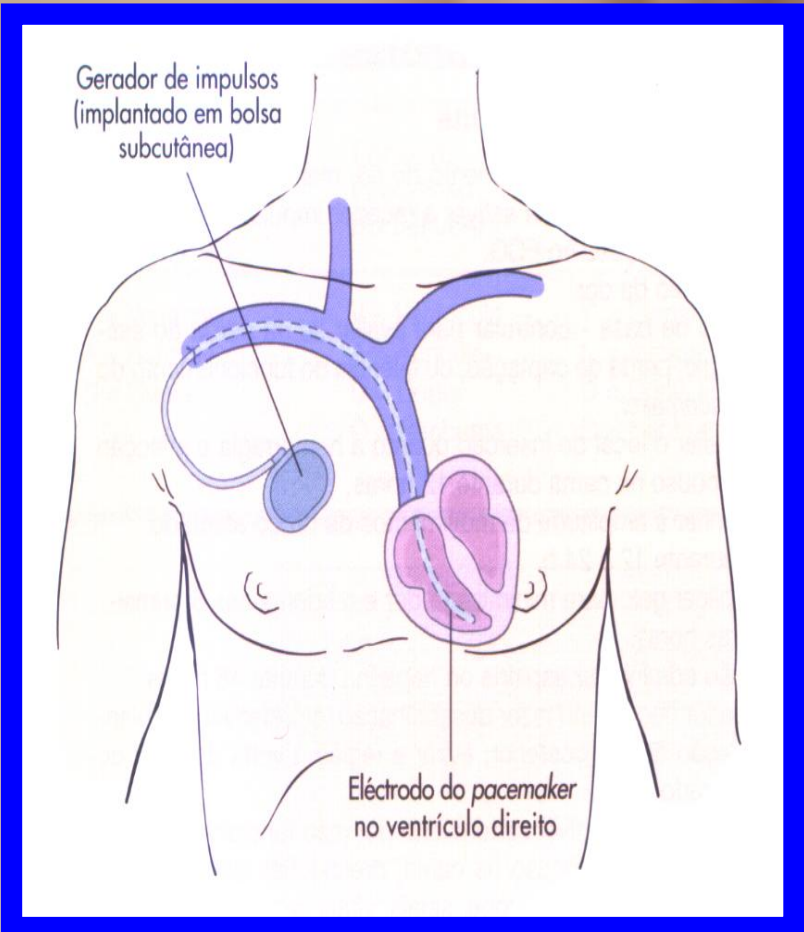
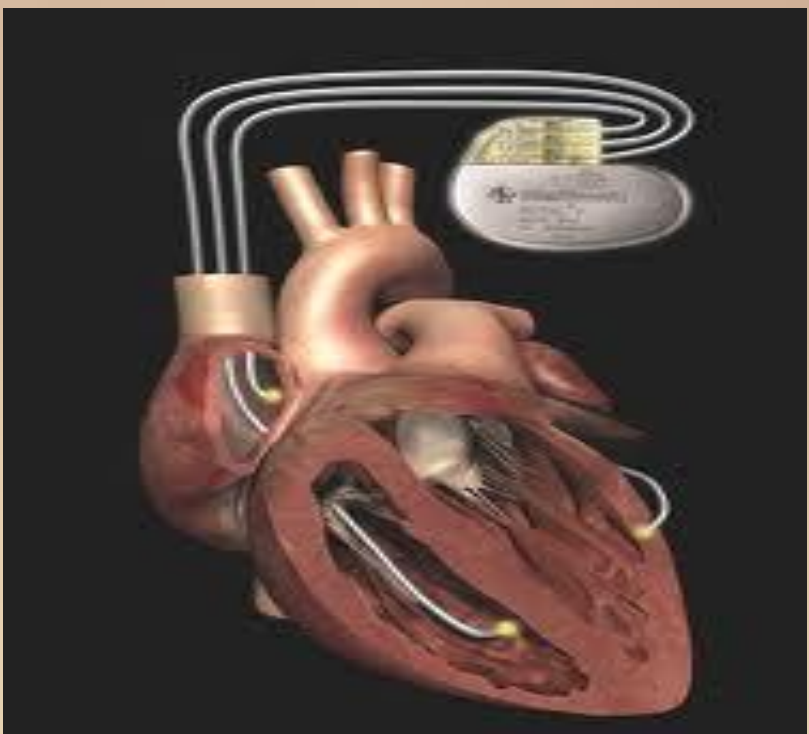
ANEXO VIII – Cartaz “Abordagem ao doente submetido a Pacemaker”

O ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO DOENTE SUBMETIDO A PACEMAKER

O Pacemaker é um gerador de impulsos (equipamento electrónico) utilizado para dar início a um batimento cardíaco, quando o sistema eléctrico intrínseco do coração é incapaz de gerar uma frequência adequada à manutenção do débito cardíaco.

Pacemaker Definitivo: é colocado subcutâneamente na zona do músculo grande peitoral direito. Os eléctrodos para a transmissão de impulsos são inseridos pela veia subclávia onde são fixados, com apenas um eléctrodo na aurícula ou no ventrículo, ou com um eléctrodo em cada uma das cavidades.

Pacemaker Temporário: o electrocateter do aparelho é geralmente introduzido por via intravenosa até ao ventrículo direito. Os eléctrodos são ligados a uma caixa geradora de impulsos externa.



- INDICAÇÕES:
- Bradicardias – DAS,BAV, FA/FIA
- Profiláctico
- Insuficiência Cardíaca
- Taquiarritmias
- COMPLICAÇÕES:
- Hemorragia/Hematoma
- Infecção
- Deslocamento de sonda
- Infecção
- Fractura da sonda

Foco de Atenção	Actividades diagnósticas
Perfusão dos tecidos	Vigiar perfusão tecidular periférica
Perda sanguínea	Vigiar perda sanguínea
Dor	Vigiar dor

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Conhecimento sobre o exame a realizar não demonstrado	Ensinar a pessoa sobre o exame a realizar Ensinar a pessoa sobre o pré-operatório Ensinar a pessoa sobre o pós-operatório
Auto cuidado: Higiene (status com grau mediante a situação clínica do doente)	Providenciar equipamento adaptativo para auto cuidado higiene (solução cutânea anti-séptico: clorhexidina 0,2%)
Ferida Cirúrgica (região sub-clavicular ou femural direita)	Vigiar penso da ferida Vigiar ferida cirúrgica Executar tratamento à ferida cirúrgica Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica
Mobilidade comprometida (membro superior/ inferior direito)	Vigiar mobilidade Supervisar a actividade da pessoa Restringir actividade motora (membro inferior/superior direito)

Intervenções Interdependentes

- Aplicar protocolo de Pacemaker:
- Remover pêlos (região sub-clavicular ou região inguinal bilateral)

▪ Gerir dieta (6h jejum antes do exame)

▪ Manter repouso no leito (1^{as} 24h)

▪ Inserir cateter venoso periférico

▪ Monitorização electrocardiográfica

“O Pacemaker deve aumentar a sobrevida e/ou melhorar a qualidade de vida”

**ANEXO IX – Fundamentação teórica do Poster “Abordagem ao doente
submetido a Pacemaker”**



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde



PACEMAKER

Novembro, 2010



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

PACEMAKER

Trabalho elaborado por:

Carla Taveira

Rosa Teixeira

*Alunas do 3º Curso de Mestrado Profissional, com
Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2010/2011*

Novembro, 2010



Índice

0. Introdução	4
1. Pacemakers	5
1.1. Conceito	5
1.2. Tipos de Pacemakers	5
1.2.1. Pacemakers Permanentes	5
1.2.2. Pacemakers Temporários	7
1.2.3. Pacemakers Externos	8
1.3. Terminologia do Pacemaker	8
1.4. Implantação	9
1.5. Indicações	10
1.6. Complicações	11
1.7 Contra-indicações	12
2- Intervenções de Enfermagem	13
3. Conclusão	16
Referências Bibliográficas	17



0. Introdução

Na sequência da prestação de cuidados no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano (mais precisamente em OBS) no contexto de estágio do Mestrado de Enfermagem - Especialização Enfermagem Médico – Cirúrgica, consideramos pertinente a realização de um poster elucidativo da abordagem do enfermeiro ao doente submetido a pacemaker.

A elaboração desta pesquisa vem ao encontro da necessidade de aprofundar conhecimento acerca do que é um pacemaker, os vários tipos que existem e respectiva colocação, as suas indicações, complicações subjacentes, mas acima de tudo para nos consciencializarmos do que um pacemaker acarreta no doente.

O presente documento visa uma pesquisa de evidência científica no sentido de constituir a base teórica do referido poster para apresentação no SU.

Foi ainda nossa preocupação adquirir conhecimentos acerca da informação a transmitir ao doente, para que este se sinta devidamente consciente e informado sobre os cuidados a ter no domicílio, caso lhe seja implantado um pacemaker definitivo, lembrando que este é um agente activo na sua recuperação e reabilitação.

1. Pacemakers

“Pacemaker... iniciador do ritmo cardíaco situado ao nível do nódulo sino-auricular”

In Dicionário de Enfermagem, pág. 241

“Pacemaker... termo Inglês que se emprega frequentemente como sinónimo de estimulador cardíaco; [em inglês pace, ritmo, e maker, aquele que faz].”

In Dicionário Médico, pág. 443

1.1. Conceito

Os Pacemakers são equipamentos electrónicos utilizados para dar início a um batimento cardíaco, quando o sistema eléctrico intrínseco do coração é incapaz de gerar uma frequência adequada à manutenção do débito cardíaco.

1.2. Tipos de Pacemakers

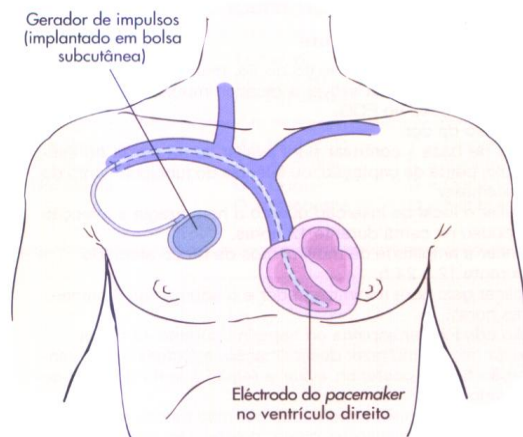
Os pacemakers podem ser de utilização permanente, temporários ou externos.

1.2.1. Pacemakers Permanentes

[Fig.1 – Colocação de um Pacemaker permanente.

Fonte: Phipps, W.; Sands, J; Marek, J. [2003].

Enfermagem Médico-Cirúrgica]



Os pacemakers permanentes estão indicados para controlar as bradiarritmias devido a doença intermitente ou crónica do tecido de condução aurículo-ventricular, disfunção do nódulo sinusal, ou a um dos síndromes neurocardíacos.

Outras indicações para implantação de pacemaker permanente são formuladas com base na presença de sintomas, contudo muitos sintomas como a fadiga ou queixas subtis de insuficiência cardíaca congestiva, podem só ser reconhecidos retrospectivamente, após implantação de pacemaker permanente.

Estes pacemakers usam um gerador de impulsos como «centro de comando» das funções do pacemaker. O gerador fica ligado a um ou dois fios posicionados no ventrículo direito ou na aurícula direita.

Esses fios são arames isolados, flexíveis, com eléctrodos para estimular o ritmo cardíaco e fornecer impulsos eléctricos, quando necessário. Os fios são introduzidos no miocárdio pelas veias subclávia ou jugular. Um fio guia, com fluroscopia, permite a colocação correcta dos fios relativamente ao endocárdio auricular ou ventricular.

Cirurgicamente é feita uma bolsa subcutânea para colocação do gerador, geralmente na região infraclavicular. O procedimento é executado com sedação e anestesia local.

Os pacemakers têm inúmeras capacidades, pois são constituídos por um código de 5 letras que traduzem as funções específicas, programáveis do pacemaker. Todos os pacemakers utilizam as 3 primeiras letras do código. As características especiais do pacemaker são assinaladas pelas duas últimas letras e incluem um gerador de impulso anti-taquicárdico e um gerador de impulso de resposta à frequência.

A seguinte figura, apresenta o aspecto de um ECG de batimentos estimulados por pacemaker. Os batimentos em gerador de impulsos identificam-se, de imediato, pelo “spike” que precede um complexo QRS do pacemaker. Trata-se

de um complexo largo, porque a iniciação do impulso ocorre no ventrículo, tal como na extra-sístole ventricular.

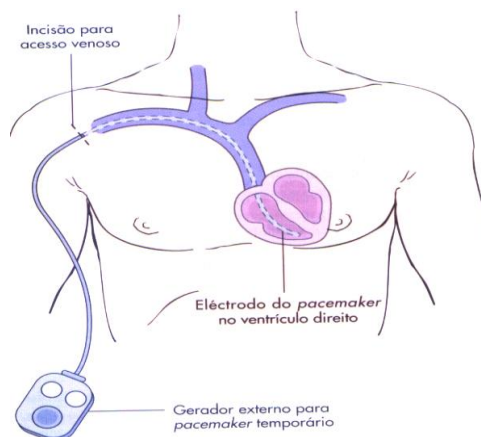


[Fig.2 - Ritmo de pacemaker ventricular com "Spikes". Fonte: Phipps, W.; Sands, J; Marek, J. [2003]. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*]

O doente com pacemaker a funcionar mal tem geralmente recorrência de sintomas. No entanto, o enfermeiro deverá ser capaz de diagnosticar as alterações indicadoras no ECG desse mau funcionamento; perda de estímulo; perda de captação e falência do gerador de impulso.

1.2.2. Pacemakers Temporários

Os pacemakers temporários podem ser profiláticos ou de suporte, até que o problema responsável pela perturbação da frequência ou da condução tenha sido resolvido. Estão indicados para tratamento, de disritmias até estabilização do ritmo do doente ou até se poder inserir um pacemaker permanente.

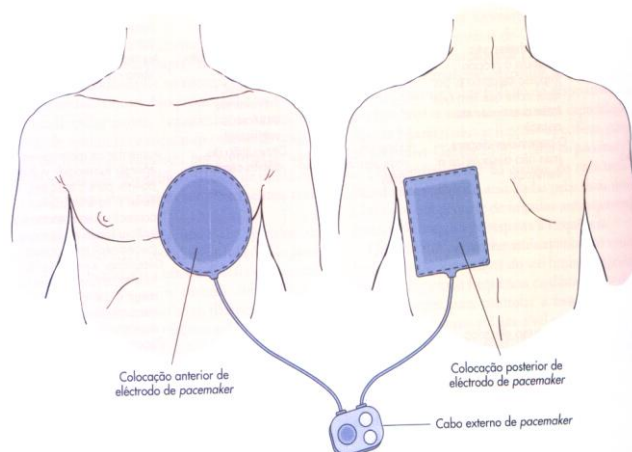


[Fig.3 –Colocação transvenosa de um Pacemaker temporário. Fonte: Phipps, W.; Sands, J; Marek, J. [2003]. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*]

Para o pacemaker temporário, o fio do aparelho é geralmente introduzido por via intravenosa até ao ventrículo direito. Os fios são ligados a uma caixa geradora de impulsos externa.

1.2.3. Pacemakers Externos

O pacemaker cardíaco externo requer a aplicação de dois eléctrodos na parede torácica, um sobre o ápex cardíaco, e o outro na parede posterior, abaixo da omoplata esquerda.



[Fig.4 – Pacemaker externo transcutâneo. Fonte:

Phipps, W.; Sands, J; Marek, J. [2003].

Enfermagem Médico-Cirúrgica]

A corrente eléctrica passa entre os eléctrodos através de um impulso de saída, emitido em miliamperes e controlado pelo operador. A maioria dos pacemakers externos funciona no modo «on demand». Um osciloscópio permite a monitorização da actividade do pacemaker. Os pacemakers externos são usados, basicamente, em doentes com ritmos instáveis em situações de emergência.

1.3. Terminologia do Pacemaker

Os Pacemakers podem ser considerados quanto á terminologia de três modos: frequência fixa ou assíncrona, demand ou síncrono e sequencial AV.

Nos de frequência fixa há um desencadear do estímulo com uma frequência pré-estabelecida, independentemente da ocorrência de despolarização espontânea do miocárdio.

Quando um pacemaker se encontra em demand, este produz um estímulo apenas quando o pacemaker intrínseco do coração não atinge a frequência pré-determinada. O estímulo do pacemaker é inibido ou disparado no QRS, quando o intrínseco funciona.

Nos casos em que o pacemaker se designa como sequencial AV, este estimula a aurícula e o ventrículo na sequência adequada, e com um atraso AV suficiente para permitir um apropriado enchimento ventricular.

1.4. Implantação

Várias são as vias utilizadas para o implante de um pacemaker. O pacemaker permanente é geralmente colocado por via transvenosa, embora em certas ocasiões possa ser implantado no epicárdio, em situações em que a toracotomia está indicada, como no caso da cirurgia cardíaca.

Em relação aos pacemakers temporários podemos ter um implante transcutâneo em que são exigidos dois eléctrodos na pele, sendo um colocado no tórax anterior e outro no tórax posterior, ambos ligados a um gerador externo de impulsos. Trata-se de uma técnica rápida e não invasiva, usada muitas vezes em casos de emergência.

A estimulação transtorácica também constitui um procedimento de emergência, envolvendo a inserção de um fio no ventrículo através de uma agulha introduzida na parede torácica. Este procedimento envolve alguns riscos, podendo surgir complicações graves tais como o pneumotórax ou o tamponamento, dado o carácter invasivo.

A colocação de um pacemaker epicárdico temporário tornou-se um procedimento de rotina na maioria das cirurgias cardíacas. Os eléctrodos responsáveis pela estimulação, colocadas no ventrículo e em muitos casos na aurícula, são suturados ao epicárdio de uma forma muito superficial. Os

terminais dos fios são conduzidos até á superfície cutânea antes do encerramento da parede torácica, podendo depois ser removidos por tracção suave, sem risco de hemorragia.

A estimulação endocárdica transvenosa temporária é conseguida introduzindo a sonda através de uma veia, geralmente a subclávia ou jugular interna, até à aurícula ou ventrículo direitos.

1.5. Indicações

São várias as indicações clínicas para a colocação de um pacemaker temporário, entre as quais se destacam as bradicardias ou paragens sinosais, os bloqueios cardíacos, as taquidisrritmias ventriculares e supraventriculares, suporte do débito cardíaco após cirurgia cardíaca, estudos electrofisiológicos, entre outros.

As disrritmias que não respondem à terapêutica farmacológica e comprometem o equilíbrio hemodinâmico, constituem indicação definitiva para o tratamento com pacemaker. No caso das bradiarritmias, este tem como finalidade aumentar a frequência ventricular e, conseqüentemente, o débito cardíaco.

Reciprocamente, os pacemakers “overdrive” podem ser usados para diminuir a frequência em ritmos supraventriculares ou ventriculares rápidos.

Após a cirurgia, o pacemaker temporário pode ser utilizado para otimizar um débito cardíaco dependente da frequência, transitoriamente deprimido. As perturbações da condução, que podem surgir após cirurgia valvular, podem também ser eficazmente resolvidas, recorrendo a um pacemaker temporário.

A estimulação auricular é indicada para doentes com alteração do nó sinusal e sistema de condução AV e intraventriculares.

Em doentes com bradicardia significativa e ritmo sinusal normal com episódios raros de bloqueio AV ou paragem sinusal ou FA crónica ou incapacidade física grave indicada a estimulação ventricular.

Por outro lado a estimulação de dupla câmara é indicada na doença do nó sinusal, no bloqueio AV crónico, sintomático, de 2º e 3º grau, no Síndrome de Adams-Stokes recorrente e no bloqueio bilateral do ramo do feixe, sintomático, quando for colocada de lado a hipótese de taquiarritmia e outras causas.

Por fim, a estimulação modulada por frequência é indicada para doentes com incompetência cronotrópica e para os que beneficiariam de frequências de estimulação aumentadas durante a actividade física.

1.6. COMPLICAÇÕES

As infecções relacionadas com a implantação de pacemakers são raras, no entanto as infecções precoces podem ser causadas por *Staphylococcus aureus* e podem ser agressivas. As infecções tardias estão, habitualmente, relacionadas com *Staphylococcus epidermidis* e podem ter uma evolução mais indolente. Os sinais de infecção incluem inflamação local e formação de abscesso, erosão do gerador e febre, com hemoculturas positivas mas sem foco de infecção identificável. A ecocardiografia transesofágica pode ajudar a determinar se estão presentes vegetações nos electrocateter. Se o pacemaker estiver infectado é, habitualmente, necessário remover os electrocateteres e o gerador do pacemaker e administrar antibiótico.

Pode ocorrer quebra do isolamento do electrocateter ou fractura do próprio electrocateter, dando origem a problemas de oversensing (devido à interferência eléctrica), undersensing, incapacidade de captura (devido à fuga de corrente). Este problema manifesta-se muitas vezes de forma intermitente e pode ser difícil de detectar durante o exame de rotina do pacemaker. O doente pode queixar-se de estimulação do músculo peitoral devido à fuga de corrente

em torno de uma quebra de isolamento. Outra complicação é a presença de hematomas, especialmente em doentes hipocoagulados.

1.7 Contra-indicações

Não existem contra-indicações conhecidas para a utilização da estimulação como uma modalidade terapêutica de controlo da frequência cardíaca. No entanto, a idade e o estado do doente podem condicionar o sistema de estimulação, o modo de funcionamento e o procedimento de implantação utilizados pelo médico.

Os pacemakers de estimulação auricular de câmara única estão contra-indicados em :

- ☒ doentes que tenham demonstrado compromisso da condução AV;
- ☒ ausência de um apêndice auricular direito;
- ☒ doentes após operações na aurícula;
- ☒ doentes em que a presença ou a possibilidade de ocorrência de ritmos espontâneos pode provocar uma estimulação competitiva.

As contra-indicações para pacemakers de estimulação ventricular de câmara única são:

- ☒ doentes com próteses mecânicas tricúspides ou com graves doenças tricúspides;
- ☒ doentes que tenham apresentado um quadro de síndrome de pacemakers, condução AV retrógrada, ou que apresentem queda da pressão arterial com início da estimulação ventricular.

A estimulação de dupla câmara, se bem que não seja contra-indicado para doentes com flutter auricular crónico, fibrilhação auricular crónica ou aurícula silenciosa, poderá não proporcionar a tais doentes qualquer benefício além dos obtidos com a estimulação de câmara única.

A estimulação com modulação da frequência pode ser inadequada para doentes que sofram de angina ou de outros sintomas de disfunção do miocárdio em frequências elevadas conduzidas pelo sensor.

2- Intervenções de Enfermagem

Todo e qualquer enfermeiro deve prestar cuidados de enfermagem ao doente portador de pacemaker permanente /temporário de forma a personificar e individualizar os cuidados de enfermagem, contribuindo para uma melhor qualidade dos cuidados a prestar.

Neste sentido, achamos pertinente referir quais os cuidados de enfermagem a serem efectuados a pessoas submetidas a implantação de um pacemaker:

- ☒ Explicar ao doente/família em que consiste a colocação do pacemaker, bem como, a importância da sua colaboração;
- ☒ Verificar a existência de consentimento informado assinado;
- ☒ Avisar e verificar jejum, num mínimo de 6 horas (no pacemaker programado);
- ☒ Fazer a tricotomia da região inguinal bilateral (pacemaker provisório/temporário) e/ou do hemitorax (região sub-clavicular) direito/esquerdo (pacemaker definitivo), lavagem e desinfecção da respectiva região. Acção a realizar o mais próximo possível da implantação;
- ☒ Supervisionar /prestar cuidados de higiene pré-implantação;
- ☒ Cateterizar acesso venoso periférico, de preferência e se possível, á esquerda, ou verificar a sua permeabilidade;
- ☒ Avaliar sinais vitais pré-implantação;
- ☒ Explicar ao doente a importância, e incentivá-lo, a fazer esvaziamento vesical;
- ☒ Fornecer e explicar ao doente, a necessidade de vestir bata cirúrgica;



- ☒ Verificar a existência de próteses, e explicar ao doente a necessidade de serem retiradas;
- ☒ Verificar a existência de terapêutica anticoagulante prescrita (varfine, sintrom, fraxiparina, ...), confirmar a sua suspensão, bem como, evitar a administração de terapêutica analgésica com estas propriedades, no período pós- operatório, até reavaliação pelo médico responsável;
- ☒ Transmitir informação pertinente e comunicar, se existentes, as medidas de isolamento instituídas, ao Serviço que vai receber o doente;
- ☒ Providenciar o transporte do doente, em maca ou na respectiva cama;
- ☒ Efectuar registos;
- ☒ Explicar e incentivar o doente a permanecer em repouso nas primeiras 24 horas, mantendo diminuição da mobilidade do membro superior (direito ou esquerdo) – pacemaker definitivo;
- ☒ No caso do pacemaker temporário/provisório, repouso no leito e imobilização do membro inferior (esquerdo ou direito);
- ☒ Explicar qualquer posterior restrição prescrita á actividade física;
- ☒ Vigiar/avaliar sinais de infecção/inflamação/hematoma no local de inserção do cateter (temporário/provisório), ou na ferida cirúrgica do local de implantação do pacemaker definitivo;
- ☒ Manter o penso tão compressivo quanto possível reforçando - o em S.O.S.;
- ☒ Adequar auto-cuidado às limitações;
- ☒ Manter a bata cirúrgica nas primeiras 24 horas;
- ☒ Monitorizar o doente, verificando a frequência cardíaca pré-definida no pacemaker (temporário/provisório) e a existência de “spikes”;
- ☒ Verificar as ligações dos terminais ao gerador (temporário/provisório), se este último funciona, e se tem pilha;
- ☒ Vigiar o penso.



Os pensos das implantações de pacemaker definitivo, são realizados no Serviço de Exames Especiais e supervisionados pelo médico responsável, que fará também a programação do respectivo gerador.

Faz-se nessa altura, a marcação de consulta de enfermagem para retirar pontos e nova reavaliação, bem como, os ensinamentos considerados necessários, a entrega do manual e cartão de portador de pacemaker.



3. CONCLUSÃO

A realização deste documento consistiu numa pesquisa bibliográfica, que dirigiu a sua atenção para a leitura, comparação de bibliografia e progressiva selecção da que consideramos mais pertinente.

Desta forma, permitiu- nos, aumentar o nosso leque de conhecimentos sobre o tema em questão, uma vez que existem noções de significativa importância para a sua aplicação na prática de enfermagem.

Neste sentido, o trabalho deu uma oportunidade fidedigna de evoluirmos numa dimensão pessoal e académica.

Para além de constituir a base teórica do poster a apresentar no Serviço de Urgência do Hospital Pedro Hispano serviu para reflectirmos acerca dos cuidados de enfermagem justificados pela evidência científica.

“O Pacemaker deve aumentar a sobrevida e/ou melhorar a qualidade de vida”



4. Referências bibliográficas

- ☑ CARNEIRO, A. [Et al]. **Manual de Suporte Avançado de Vida.**
Conselho Português de Ressuscitação
- ☑ MANNILA, L.; MANNILA, A. - **Dicionário Médico** . 1ª Edição , Lisboa:
Climepsi Editores,2000.
- ☑ MORTEN, Honnor – **Dicionário de Enfermagem**, Lisboa: Publicações
Dom Quixote, 1992.
- ☑ O` ROURKE, A. Robert; FUSTER, Valentin; WAYNE, Alexander.- **O
Coração: Manual de Cardiologia.** 10ª Edição, Lisboa: McgGraw-Hill,
2002.
- ☑ PEREIRA, C. – **Cirurgia – Patologia Clínica.** Alfragide, McGraw-Hill,
1999.
- ☑ PHIPPS, J. Wilma; MAREK, Jane F.; SANDS, Judith K. – **Enfermagem
Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica.** 6ª Edição, Loures:
Lusociência, 2003. Volume II.

**ANEXO X – Plano de sessão da acção de formação “Registos e Versão
SAPE 10G – Úlceras de Pressão”**

Plano da Sessão

Formador: Enf^a Rosa Teixeira

Tema: “Registos e Versão SAPE 10G – Úlceras de Pressão”

Destinatários: Enfermeiros do SMI do HPH

Tempo: 45 minutos

Objectivos:

- Relembrar conceitos relativos às úlceras de pressão;
- Uniformizar registos de enfermagem dos doentes com úlceras de pressão;
- Demonstrar registos de úlceras de pressão no SAPE 10G;
- Contribuir para a documentação de indicadores fiáveis relacionados com úlceras de pressão para o serviço.

Meios e recursos didácticos: Computador

Metodologia: Expositivo

Fases	Conteúdos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação pessoal e do tema• Objectivos• Motivação	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação inicial e Escala de Braden• Protocolo de tratamento de úlceras de pressão• Intervenções de Enfermagem associadas ao fenómeno Úlcera de Pressão	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese das principais ideias e esclarecimento de dúvidas	10 minutos

ANEXO XI – Acção de formação “Registos e Versão SAPE 10G – Úlceras de Pressão”

REGISTOS E VERSÃO SAPE 10G

ÚLCERAS DE PRESSÃO

**UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA**
*Aluna do 3º Curso Mestrado de
Enfermagem - Especialização
Médico-cirúrgica, 2010/2011*

Fevereiro, 2011

SUMÁRIO

1 Avaliação Inicial

2 Escala de Braden

3 Úlceras de pressão

OBJECTIVOS

- ◆ Relembrar conceitos relativos as Úlceras de pressão;
- ◆ Uniformizar registos de enfermagem dos doentes com Úlcera de pressão;
- ◆ Demonstrar registos de Úlceras de pressão no SAPE 10G;
- ◆ Contribuir para a documentação de indicadores fiáveis relacionados com Úlceras de pressão no serviço

AVALIAÇÃO INICIAL

Apreciação Inicial

Doente
Nº Proc. _____ anos

Integridade cutânea

Integridade Cutanea

Selecione o valor da lista

- Com alterações visíveis
- Com penso(s)
- Sem alterações visíveis

Registrar **sempre** a Integridade cutânea

Data/hora: 2010.09.06 18:50

Nº Internamento _____

Serviço **INT ORTOPEDIA//ORTOPEDIA H**

Data/Hora Entrada **2010/09/06 : 18:18 horas** Nº Cama _____

Apreciação Inicial

Doente

Nº Proc. _____ anos

Úlcera de Pressão

Local de identificação

Selecione o valor da lista

Domicílio
Hospital

Se o doente apresentar úlceras de pressão documentar **sempre** o local de identificação

Data/hora: 2010.09.09 04:46

Nº Internamento: **10011908**

Serviço **INT ORTOPEDIA//ORTOPEDIA H**

Data/Hora Entrada **2010/09/06 : 18:18 horas** Nº Cama **001**

Local de identificação

- Dados Sociais
- Dados Vitais
- Prestador de cuidados 1
- Sistema Respiratório
 - Ventilação
 - Secrecções Traqueo-Brônquicas
 - Drenos Torácicos
 - Observações
- Sistema Cardio-Circulatório
 - Tranfusão Sanguínea
 - Catéteres
 - Hemorragias
 - Edemas
- Tegumentos
 - Integridade cutânea
 - Integridade Cutanea
 - Observações
 - Úlcera de Pressão
 - Local de identificação**
 - Observações
- Estado de Consciência
- Nutrição

ESCALA DE BRADEN



- É constituída por 6 sub-escalas : *Percepção sensorial, Humidade, Actividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e forças de deslizamento.*
- As seis sub-escalas recebem uma pontuação, conforme o comprometimento apresentado
- Esta pontuação varia de 1 a 4, excepto na sub-escala Fricção e Forças de deslizamento, que varia de 1 a 3.
- A soma das seis sub-escalas varia entre 6 e 23
- O valor da pontuação total é categorizado em Três níveis de risco:

Alto Risco – Pontuação ≤ 16

Baixo Risco – Pontuação ≥ 17

Ausente – Pontuação = 23

- A escala de Braden tem que ser feita para todos os doentes.
- Se , na admissão, o score for igual a 23, deve ser dado **termo ao foco e à intervenção**
- Recomenda-se que cada uma das seis sub-escalas devam ser analisadas individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.
- Deve ser avaliada a escala de risco **a todos os doentes** que dão entrada no serviço, nas primeiras 6 horas após a admissão
- A reavaliação da escala deve ser feita de 48/48h ou sempre que haja um alteração significativa do estado do doente.
- Todos os doente que apresentam UP, tem que ter activo o diagnóstico risco de úlcera de pressão

- Só se altera o status se nas avaliações seguintes, o nível de risco também se alterar
- Se no momento da alta o doente apresentar o diagnóstico de UP activo, **não deve ser dado termo**
- Nos doentes com gesso:

Se for um doente de risco (ou seja, com risco pela escala de Braden)
Levanta-se o diagnóstico correspondente ao risco de acordo com a escala de Braden e depois o Risco de UP no ... por presença de gesso

Se não apresentar risco abre-se apenas o diagnóstico de Risco de Up no...por presença- Nestes casos não se programa avaliação do Risco

○ **REGISTOS:**


Foco – úlcera de pressão

Actividade diagnóstica – Monitorizar a escala de risco segundo Escala de Risco de Braden

Status – Ausente, Reduzido, Elevado



Processo de Enfermagem

Doente
Nº Processo _____ Idade **72** anos  **Total**

Fenómenos Frequentes

Foco de Atenção

	Início		Termo		Anular
	Data	Hora	Data	Hora	
Actividade motora	2010.09.12	16:22			<input type="checkbox"/>
Ansiedade	2010.09.12	16:22			<input type="checkbox"/>
Ander com Auxiliar de Marcha	2010.09.12	16:23			<input type="checkbox"/>
Úlcera de Pressão	2010.09.13	19:13			<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

☐ Visualizar anulados


Status Termo Intervenções

Actividades Diagnóstico

Diagnóstico de Enfermagem

☐ Visualizar anulados

Nº Internamento _____

Serviço **INT ORTOPEDIA//ORTOPEDIA H** Data/Hora Entrada **2010/09/12 : 14:00 horas** Nº Cama 

Processo de Enfermagem

Doente

Nº Processo

Idade 72 anos

Úlcera de Pressão

[Actividades de diagnóstico do FOCO]

- Vigiar penso
- Monitorizar risco de úlcera de pressão**
- Avaliar a aprendizagem de habilidades
- Avaliar a aprendizagem de habilidades
- Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados
- Avaliar o conhecimento sobre prevenção
- Vigiar o penso da úlcera de pressão
- Monitorizar úlcera de pressão
- Vigiar sinais de úlcera de pressão
- Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão

[Opções de Diagnósticos]

Fenomenos utente

	Def.	Verif.
[RISCO DE UP] Ausente	1	<input type="checkbox"/>
[RISCO DE UP] Presente, em grau reduzido	1	<input type="checkbox"/>
[RISCO DE UP] Presente, em grau moderado	0	<input type="checkbox"/>
[RISCO DE UP] Presente	0	<input type="checkbox"/>
[RISCO DE UP] Presente, em grau elevado	1	<input type="checkbox"/>
[ÚLCERA DE PRESSÃO] Ausente	0	<input type="checkbox"/>
[ÚLCERA DE PRESSÃO] Presente, em grau reduzido	0	<input type="checkbox"/>

Status

[Opções de Focos de atenção]

	Def.	Verif.	Activo
	0	0	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Registar Actividade

Último Registo

Nº Internamento

Serviço INT ORTOPEDIA//ORTOPEDIA H

Data/Hora Entrada

Nº Cama

Monitoriza-se a escala de risco como actividade diagnóstica

Doente

Nº Processo

Idade **72**

anos



[Actividades de diagnóstico do F

Vigiar penso

Monitorizar risco de úlcera de pressão

Avaliar a aprendizagem de habilidades

Avaliar a aprendizagem de habilidades

Avaliar o conhecimento do prestador

Avaliar o conhecimento sobre preve

Vigiar o penso da úlcera de pressão

Monitorizar úlcera de pressão

Vigiar sinais de úlcera de pressão

Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão

Escala de Risco para Úlceras de Pressão

Escala de Determinação do Risco para Úlceras de Pressão

Data/Hora:

2010 09 13

19:15

Fricção e forças
de deslizamento

Atividade

Downloaded from <http://ajph.org/> on November 10, 2015

Humidade

Precepção

Mobilidade

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/>

Nutrição

Escala de Risco de Braden

<= 16 Alto Risco

= 17 Baixo Risco

--	--

Reg. ENF3781

Ok

Cancelar

Registrar Actividade

Último Registro

—Nº

[Aceder ao último registo da actividade de diagnóstico](#)

Service [111 011 01 EDITOR 01 EDIT](#)

Hora Entrada

Nº Cama

Processo de Enfermagem

Fenómeno: "Úlcera de Pressão"

Úlcera de Pressão ☐ Todos

- Risco de UP
 - Ausente
 - Presente, em grau reduzido
 - Presente, em grau moderado
 - Presente, em grau elevado**
 - Presente

Inserir Status Ver Status Sair

Ver Intervenções sugeridas

Escala de Braden - score 6 - 16 - Alto risco de úlcera de pressão

risco de up , em grau elevado

Intervenções sugeridas face ao diagnóstico

- Aliviar zona de pressão
- Aliviar zona de pressão através de almofada
- Aplicar creme
- Colocar colchão anti-úlceras de pressão
- Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos
- Massajar partes do corpo
- Posicionar a pessoa

Horários

Intervenções activas referentes ao diagnóstico anterior **TERMO?**

Abre-se o diagnóstico de acordo com avaliação do risco e define-se as intervenções face ao diagnóstico

Termo

Serviço **INT ORTOPEDIA//ORTOPEDIA H** Data/Hora Entrada **2010/09/12 : 14:00 horas** Nº Cama **006**



Processo de Enfermagem

Doente

Nº Processo

Idade 72 anos



Activa

Fenómenos Frequentes

Empty list box for frequent phenomena.



Foco de Atenção	Início		Termo		Anular
	Data	Hora	Data	Hora	
Actividade motora	2010.09.12	16:22			<input type="checkbox"/>
Ansiedade	2010.09.12	16:22			<input type="checkbox"/>
Andar com Auxiliar de Marcha	2010.09.12	16:23			<input type="checkbox"/>
Úlcera de Pressão	2010.09.13	19:13			<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

☐ Visualizar anulados

Status Termo Intervenções

Actividades Diagnóstico

Diagnóstico de Enfermagem

13 Set 19:16 risco de up , em grau elevado

☐ Visualizar anulados

Nº Internamento

Serviço INT ORTOPEDIA//ORTOPEDIA H

Data/Hora Entrada

Nº Cama 006



ÚLCERAS DE PRESSÃO

Grau I

Eritema não branqueável de pele intacta, ou seja, a epiderme e a derme estão lesadas, mas não destruídas



Grau II

Perda parcial da pele que envolve a epiderme, a derme ou ambas. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como uma abrasão ou flictena.



Grau III

Perda da espessura total da pele podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo, com extensão até à fascia subjacente, mas sem a atingir totalmente.



Grau IV

Destruição intensa, necrose dos tecidos ou lesão muscular, óssea ou das estruturas de apoio.



Protocolo tratamento de Úlceras pressão

ÚLCERA DE PRESSÃO COM INFEÇÃO

Com exsudado moderado/escasso



Atrauman Ag

Com exsudado abundante



Silvercel

UP COM TECIDO NECROSADO/DESVITALIZADO

Úlcera de pressão superficial



Hydrosorb gel ou intrasite gel



Ulcerase

Úlcera de pressão profunda



Tenderwet 24



Intrasite conformable

ÚLCERA DE PRESSÃO COM EXSUDADO ABUNDANTE

- *Sorbalgon ou Algisite M*
- *Permafoam Cavity*
- *Allevyn Cavity*

ÚLCERA DE PRESSÃO COM TECIDO GRANULAÇÃO

- *Permafoam confort ou Allevyn Adhesive*
- *Allevyn Adhesivo ou Permafoam*

ÚLCERA DE PRESSÃO COM TECIDO DE EPITELIZAÇÃO

- *Hydrosorb confort ou Hydrosorb*
- *Allevyn lite*




CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

- Tem que se levantar um diagnóstico de Enfermagem para cada úlcera existente.
 - Identificar cada úlcera de pressão com as letras do alfabeto (maiúsculas), ex: ÚLCERA A - ...
- - Independentemente da etiologia da úlcera (venosa, pressão...), deve estar identificada tendo em consideração a sequencia das letras do alfabeto.
- - Não repetir a mesma letra para identificar a úlcera em locais diferente, mesmo que tenha sido dado termo à úlcera anterior.
- Seleccionar o grau, topologia e localização anatômica da úlcera de pressão.
- A partir do momento que o grau é definido, este não pode diminuir, uma vez que o processo cicatricial não é considerado tecido funcionalmente idêntico ao destruído.

- Sempre que o doente é admitido nos turnos da T ou N as UP têm que ser identificadas **até ao final da manhã do dia seguinte**.
- Quando o doente apresenta UP à entrada deve-se consultar a partilha de informação com o Centro de Saúde, de modo, a dar continuidade ao tratamento.
- Para cada diagnóstico de úlcera de pressão, tem que ser associada a intervenção : monitorizar UP, executar tratamento à UP, vigiar UP, Vigiar penso.
- Sempre que o doente apresentar mais de 5 UP de grau III ou IV, deve ser contactado um dos elementos do GTU, antes de levantar os diagnósticos. Se for durante o fim de semana, levantar o foco úlcera de pressão e colocar no status Doente multiulcerado e 2º feira contactar o GTU.
- Quando se quer dar termo a uma úlcera de pressão, deve-se primeiro alterar o status para úlcera de pressão ausente e só depois dar termo ao diagnóstico.

Processo de Enfermagem

Doente
Nº Processo _____ Idade **81** anos  **Active**

Fenómenos Frequentes

+

»

«

Foco de Atenção	Início		Termo		Anular
	Data	Hora	Data	Hora	
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	2010.10.01	12:45			<input type="checkbox"/>
Úlcera de Pressão	2010.10.01	12:46			<input type="checkbox"/>
Úlcera de Pressão	2010.10.01	12:49			<input type="checkbox"/>
Fenda Traumática	2010.10.01	13:52			<input type="checkbox"/>
Pele seca	2010.10.01	14:29			<input type="checkbox"/>
Eliminação Intestinal	2010.10.02	00:54			<input type="checkbox"/>
Confusão	2010.10.02	00:58			<input type="checkbox"/>
Agitação	2010.10.02	00:59			<input type="checkbox"/>

☐ Visualizar anulados

Status Termo Intervenções

Actividades Diagnóstico

Diagnóstico de Enfermagem

Começa-se por abrir o **Foco de Atenção**

Processo de Enfermagem

Doente
Nº Processo

[Actividades de diagnóstico do FOCO]

Vigiar penso
Monitorizar risco de úlcera de pressão :
Avaliar a aprendizagem de habilidades :
Avaliar a aprendizagem de habilidades :
Avaliar o conhecimento do prestador de :
Avaliar o conhecimento sobre prevenção :
Vigiar o penso da úlcera de pressão
Monitorizar úlcera de pressão
Vigiar sinais de úlcera de pressão
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão

Registrar Actividade Último Registro

Nº Internamento
Serviço

Seleccionar uma Actividade de diagnóstico, **ex:** Monitorizar a úlcera de pressão.

Doente
Nº Processo Idade **81** anos

Registo e Apreciação de Ferida/Úlcera

Registo e Apreciação da Ferida / Úlcera

Data Hora

Especificação
Úlcera B - UP em grau elevado calcanhar esquerdo

Dimensão

Comprimento 1,70 12/06
Largura 1,20 03/09
Profundidade ,50

Tecidos Presentes

☐ Necrosado Preto %
☒ Desvitalizado Amarelo %
☒ Granular Vermelho %
☐ Epitelial Rosa %

Pele Circundante

Ruborizada ☐ Seca ☐
Macerada ☒ Descamativa ☐
Sensibilidade Suportável

Exsudado

Quantidade Pequena
Cheiro Ausente

Tipo

Seroso ☒ Hemático ☐ Purulento ☒

Ok Cancelar Enfermeiro

Posteriormente abre-se o diagnóstico e define-se intervenções com o respectivo horário

Processo de Enfermagem

Fenómeno: "Úlcera de Pressão"

Úlcera de Pressão ☐ Todos

- Úlcera de pressão
 - Ausente
 - Presente, em grau reduzido
 - Presente, em grau moderado
 - Presente, em grau elevado
 - 01 Out 2010 às 12:52 [ENF4710]
 - Presente, em grau muito elevado

Idade anos

Pressão

Fenomenos utente

	Def.	Verif.
ente, em grau moderado	0	
ente, em grau muito elevado	0	
esente, em grau elevado	0	
EVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO] Não Demonstrado	0	
EVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO] Demonstrado	0	
DADES PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO]	0	
DADES PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO]	0	

Status

, em grau elevado calcanhar lado esquerdo - ÚLCERA B [face externa]

nção]

	Def.	Verif.	Activo
	0	0	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Serviço . Data/Hora Entrada N° Cama

Intervenções de Enfermagem associadas ao fenómeno úlcera de pressão

1 – Monitorizar Risco de úlcera de pressão (Escala de Risco de Braden)

2- Vigiar sinais de úlcera de pressão - esta intervenção deve estar associada ao diagnóstico risco de UP.

As frases de vigilância são :

- Sem sinais de úlcera de pressão
 - . Ruborização branqueável (área ruborizada que branqueia com o método de pressão com o dedo)
 - . Ruborização não branqueável (área ruborizada que não branqueia após pressão) – nesta situação tem que se levantar o diagnóstico UP em grau reduzido (grau I)
- É importante identificar os locais de ruborização em texto livre

Mapa de Cuidados

Registo de Intervenções do Tipo VIGIAR

Turno: Dia

Notas

Data/Hora: 2010.09.21 : 04:28

Observações:

1-Sem sinais de úlcera de pressão.
2-Com ruborização branqueável,
3-Com ruborização não branqueável,

Limpar

Notas a anexar à vigilância:

Ok Cancelar

Vigiar a eliminação intestinal (20-09)

Vigiar sinais de úlcera de pressão (20-09)

Med. Domiciliária Extra-Formulário 3/03 CAPS/Oral (03) Nº doc: 4 Não administradas: 1 administradas: 0

Nº Internamento: []

Serviço INT ORTOPEDIA

Entrada

Nº Cama 011


S S AD FD [] [] [] [] [] []



Novo Doente

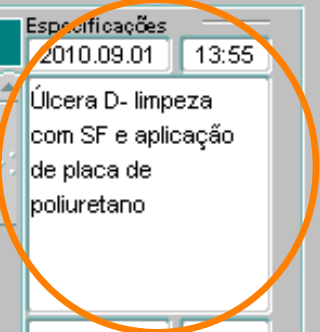
3 – Executar o tratamento à úlcera de pressão

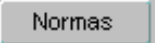
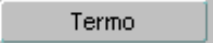
- Em especificações colocar a letra correspondente à úlcera de pressão e respectivo tratamento.
- Os produtos utilizados, devem estar de acordo com o protocolo de UP da instituição. (Se o produto for indicação médica deve-se colocar em especificações)
- Na especificações do tratamento deve estar o principio activo do produto utilizado.
- Seleccionar a frequência do tratamento.
- Os produtos utilizados no tratamento devem estar de acordo com as características da UP registadas na consulta de vigilância.
- A alteração do protocolo de tratamento deve **sempre** ser precedido de uma monitorização

Intervenções de Enfermagem

Doente
 Nº Processo _____ Idade **45** anos  **Ativo**

Intervenções  **Úlcera de Pressão** Tipo 

	Início		Termo		Especificações
	Data	Hora	Data	Hora	
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão	2010.09.04	08:54			 Úlcera D- limpeza com SF e aplicação de placa de poliuretano
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão	2010.08.30	12:29			
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão	2010.08.30	12:29			
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão	2010.08.30	12:29			
Executar tratamento à úlcera de pressão	2010.09.03	12:12			
Executar tratamento à úlcera de pressão	2010.08.18	13:53			
Executar tratamento à úlcera de pressão	2010.08.18	13:53			
Executar tratamento à úlcera de pressão	2010.08.31	09:32			


Normas  Termo 

Horário

☐ sem horário ☒ de x em x dias
☐ de x em x horas ☐ S.O.S
☐ dia(s) e hora(s) fix... ☐ Turno Fixo
☐ dia(s) e turno(s) fi... ☐ hora fixa
☐ Agora

Frequência dos Dias

Freq. Dias	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
2	2010.08.20	10:00	2010.08.30	09:50
4	2010.09.03	10:00		

Nº Internamento- _____
 Serviço _____ Data/Hora Entrada _____ Nº Cama 

Coloca-se a letra correspondente à úlcera e o respectivo tratamento e programa-se a frequência

4 – vigiar a úlcera de pressão

As frases de vigilância a utilizar são:

- . Com sinais favoráveis de cicatrização
- . Sem sinais favoráveis de cicatrização

- Em especificações deve-se colocar a letra correspondente à úlcera de pressão

- Deve-se programar o horário consoante o tratamento para observação da úlcera

Intervenções de Enfermagem

Doente

Nº Processo

Idade 68 anos

Activo

Intervenções	Úlcera de Pressão	Tipo	Início		Termo		Especificações
			Data	Hora	Data	Hora	
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão			2008.04.03	00:57			ÚLCERA A
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão			2008.04.05	13:03			
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão			2008.04.05	13:03			
Executar tratamento à úlcera de pressão			2008.04.03	00:57			
Executar tratamento à úlcera de pressão			2008.04.03	11:53			
Executar tratamento à úlcera de pressão			2008.04.03	11:55			
Vigiar sinais de úlcera de pressão			2008.04.03	00:58			
Massajar partes do corpo			2008.04.03	00:57			

Termo

Horário

- ☐ sem horário
☐ de x em x horas
☐ dia(s) e hora(s) fix...
☐ dia(s) e turno(s) fi...
☐ Agora
- ☒ de x em x dias
☐ S.O.S
☐ Turno Fixo
☐ hora fixa

Frequência dos Dias

Freq. Dias	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
3	2008.04.08	10:00		

Especifica-se a úlcera a observar e programa-se consoante a realização do penso

Nº Internamento 8004988

Serviço

Data/Hora Entrada

Nº Cama



Doente
Nº Proc. Total Internos
70 anos Turno
20h - 08h Dia
2010.09.21

Com... **Registo de Intervenções do Tipo VIGIAR**

Notas Data/Hora: 2010.09.20 : 23:13

Observações:
Com sinais favoráveis de cicatrização.

Limpar

Notas a anexar à vigilância:

Ok Cancelar

1-Com sinais favoráveis de cicatrização.
2-Sem sinais favoráveis de cicatrização.

Levar as pernas (20-09)
Incentivar a pessoa a andar com auxiliar de marcha (20-09)
Vigiar sinais de úlcera de pressão (20-09)
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão (20-09)
Executar tratamento à úlcera de pressão (20-09)

[Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão (20-09)] Nº dias: 3 - Realizadas: 0

5 – Vigiar o penso da úlcera de pressão

As frases de vigilância são:

- . Penso limpo e seco
 - . Repassado com serosidade
 - . Repassado com sangue
- Em especificações deve-se colocar a letra correspondente à úlcera de pressão

6 – Monitorizar úlcera de pressão

- A monitorização deve ser efectuada de **7/7 dias**, devendo estar ajustada ao dia da realização do penso.
- Deve-se colocar em especificação a identificação correspondente à UP e a orientação da monitorização das dimensões (segundo os ponteiros do relógio)
- Nas monitorizações seguintes deve-se manter a mesma orientação (EX: ÚLCERA A – comp. 12/6h, larg 3/9h)
- **Sempre** que se mudar o protocolo de tratamento a úlcera deve ser novamente monitorizada
- Nos doente multi-ulcerados a monitorização é efectuada na admissão e depois mensalmente (decisão conjunta com o Enfermeiro do grupo de UP)



Deve-se atender ao maior comprimento da úlcera e à sua orientação.

Ex.Comp.1cm

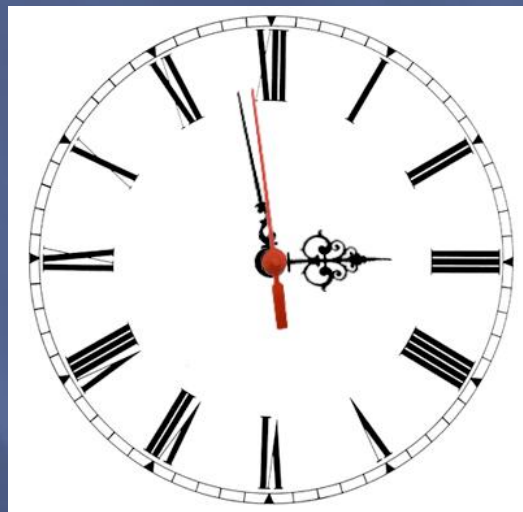
Orientação - 03/09 h

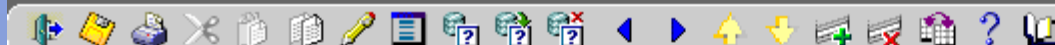


Deve-se atender ao maior largura da úlcera e à sua orientação.

Ex. larg. 1 cm

Orientação - 12/06 h





Intervenções de Enfermagem

Doente

Nº Processo

Idade 68 anos



Intervenções	Úlcera de Pressão	Tipo	Início		Termo		Especificações
			Data	Hora	Data	Hora	
Executar tratamento à úlcera de pressão			2008.04.03	11:55			ÚLCERA A COMP - 12/6 LARG -3/9
Vigiar sinais de úlcera de pressão			2008.04.03	00:58			
Massajar partes do corpo			2008.04.03	00:57			
Posicionar a pessoa			2008.04.03	00:57			
Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Norton"			2008.04.03	00:57			
Monitorizar úlcera de pressão			2008.04.03	00:57			
Monitorizar úlcera de pressão			2008.04.03	11:57			

Termo

Horário

- ☐ sem horário
☐ de x em x dias
☐ de x em x horas
☐ S.O.S
☐ dia(s) e hora(s) fix...
☐ Turno Fixo
☐ dia(s) e turno(s) fi...
☐ hora fixa
☐ Agora

Frequência dos Dias

Freq. Dias	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
7	2008.04.10	10:00		

Nº Internamento

Serviço

Data/Hora Entrada

Nº Cama



Identificação da UP e orientação da monitorização (de acordo com os ponteiros do relógio)

Registo e Apreciação de Ferida/Ulcera

Data 2010/09/18 Hora 16:01

Especificação

ÚLCERA A- úlcera de pressão em grau moderado no calcanhar esquerdo

Dimensão

Comprimento 6,00 09/03

Largura 3,00 12/06

Profundidade

Tecidos Presentes

☐ Necrosado Preto %

☐ Desvitalizado Amarelo %

☐ Granular Vermelho %

☐ Epitelial Rosa %

Pele Circundante

Ruborizada ☒ Seca ☐

Macerada ☐ Descamativa ☐

Sensibilidade

Suportável

Exsudado

Quantidade

Cheiro Ausente

Tipo

Seroso ☐ Hemático ☐ Purulento ☐

Ok Cancelar Enfermeiro

É importante preencher os tecidos presentes, para a adequação ao protocolo

Monitorizar temperatura corporal

Obs: Obs: Termo em 2010-09-20 às 09:02 |

Nº Internamento Serviço Entrada Nº Cama 005



Obrigado!

ROSA TEIXEIRA

PRINCIPIOS ACTIVOS DO PRODUTOS PARA FERIDAS

- **Attrauman AG** - Prata
- **Silvercel** – Hidroalginato com prata
- **Hydrosorb gel** - Hidrogel
- **Intrasite gel** - Hidrogel
- **Ulcerase** - Colagenase
- **Tenderwet24** - Poliacrilato
- **Intrasite comformable** – Hidrogel em placa
- **Sorbalgon** – alginato de cálcio
- **Algisite M** - alginato de cálcio
- **Permofoam cavity** – Espuma de poliuretano
- **Allevyn Cavity** – Espuma hidropolimero
- **Permofoam comfort** – Penso espuma coberto com poliuretano
- **Allevyn adhesive** – penso hidrocélular com poliuretano
- **Hydrosorb comfort** – penso hidrogel
- **Allevyn lite**- Penso hidrocélular não adesivo
- **Sicazine** - prata
- **Inadine** - Iodo
- **Biafine** - Trolamina



Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	